

A escuta e a defesa na psicanálise

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Filosofia do Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas da Universidade
Estadual de Campinas sob a orientação do(a)
Prof. Dr. Oswaldo Giacóia Júnior.

Este exemplar corresponde à redação
final da Dissertação defendida e
aprovada pela Comissão Julgadora
em 29 / 08 / 2006

BANCA

Prof. Dr. (orientador) Oswaldo Giacóia Júnior

Prof. Dr. (membro) Márcia Regina Nêsawa

Prof. Dr. (membro) Enéas Júnior Forlin

Prof. Dr. (membro)

Prof. Dr. (membro)

Prof. Dr. (suplente)

Prof. Dr. (suplente)

08/2006

Agradecimentos

A Cíntia, minha mulher, pelos traumas que me fazem caminhar em direção a novos e belos lugares.

Aos meus pais, Osvaldo e Rossemary, pelo amor e confiança.

A minha irmã, querida, por ter me escolhido em meio a tantos!

Aos meus amigos Laerte e Laura, pelo empréstimo dos livros e pela prosa boa.

Ao Rogério (da secretaria de pós-graduação), pela imensa cooperação.

Aos Profs. Oswaldo Giacóia, Márcia Nosawa e Enéias Forlin, pelos comentários instigantes e pela imensa colaboração na composição deste trabalho.

Resumo

Este trabalho tem o objetivo de caracterizar a escuta psicanalítica à luz da teoria da defesa, exposta por Freud de modo inaugural no seu artigo *As neuropsicoses de defesa*. Tenta-se mostrar, a partir de um exemplo de intervenção clínica junto a um caso de fobia, em que medida a prática de escuta em psicanálise se articula com a problemática da falsa conexão, problemática que se insere nos quadros teóricos da hipótese da defesa.

Abstract

The purpose of this paper is to characterize the psychoanalytic hearing under the light of the theory of defense, primarily exposed by Freud in his article "The neuropsychoses of defense". Here the idea is to show, from an example of clinical intervention on a phobia case, to what extent the psychoanalytic hearing practice articulates itself to the problematic of the false connection, which is related to the theoretical scope of the defense hypothesis.

Sumário

Introdução	01
Capítulo 1	
Teoria da defesa e escuta	14
Capítulo 2	
Divisão da consciência: dos estados hipnóides à defesa	32
Capítulo 3	
Escuta e falsa conexão	51
Bibliografia	70

Introdução

Como se coloca a questão do saber na experiência analítica? Quem é o seu legítimo portador? O psicanalista que escuta e interpreta, ou o analisando que, por uma razão ou outra, demanda análise?

A princípio, poderíamos pensar que o saber está do lado do psicanalista. Afinal, é ele que dedica anos de sua vida a uma formação que envolve, entre outras exigências, um percurso prolongado de análise pessoal, a participação em escolas e outros grupos de trabalho, e a leitura exaustiva de uma vasta bibliografia. Diante de todos esses requisitos, seria mesmo muito natural admitirmos que é ele, o analista, que detém o saber. Essa opinião, aliás, não deixa de se atualizar na fala de muitos dos analisandos, os quais atribuem ao outro, isto é, ao analista, esse lugar de destaque na relação com o saber.

Ocorre que, se deixamos de lado o campo das suposições, e consideramos mais de perto as elaborações de Freud acerca de sua prática, essa opinião logo deixa de nos soar evidente. E mais: passa a se tornar alvo das mais fundadas suspeitas. Não por acaso, creio eu. Pois, para Freud, o saber, diferentemente do que o senso comum poderia imaginar, não está nas mãos do analista, mas se encontra do lado do analisando.

Seria então o caso de nos perguntarmos o que na teoria e na prática freudianas justifica essa asserção – pergunta que, vale salientar, nos levaria, forçosamente, a ter de considerar aqui qual é exatamente esse saber, que em minha perspectiva, Freud afirma estar do lado do analisando. Por certo, não me furtarei a fazer dessa questão o cerne daquilo que

pretendo desenvolver neste trabalho. E para tanto, devo me servir dos sonhos. Quer dizer, devo me servir dos estudos empreendidos por Freud em torno dos sonhos.

Essa estratégia – confesso – deve soar, no mínimo, inusitada aos ouvidos daqueles que não têm o hábito de freqüentar a literatura psicanalítica. E quem sabe até, possa se mostrar infrutífera aos que já dispõem de algum conhecimento prático ou teórico da psicanálise. Creio, no entanto, que a articulação entre o sonho e o saber nos seja bastante proveitosa. Primeiro, porque o sonho é um objeto de estudo privilegiado da psicanálise (fato atestado, entre outras coisas, pelos vários escritos de Freud dedicados ao assunto). Segundo, e mais importante, porque, ao abordar o objeto-sonho, isto é, ao formular seu método de interpretação dos sonhos, Freud nos dá indicações preciosas a respeito do modo como o psicanalista, em sua prática clínica, lida ou, pelo menos, deve lidar com a questão do saber.¹ Nesse sentido, pode-se dizer que os ensinamentos freudianos a respeito dos sonhos se revelam paradigmáticos ao psicanalista, já que eles não dizem respeito apenas ao campo restrito da análise das estruturas oníricas, mas orientam a prática psicanalítica em toda sua extensão.

Podemos encontrar a confirmação dessa idéia, isto é, desse traço paradigmático relacionado aos sonhos em diversos momentos da obra freudiana. Destaco aqui um trecho da conferência XXIX, intitulada *Revisão da Teoria dos Sonhos*, na qual Freud, referindo-se a sua pesquisa em torno do fenômeno onírico, observa:

¹ O tratamento que o psicanalista dispensa ao sonho comporta, segundo Freud, uma parte teórica e uma parte prática. A parte prática diz respeito à técnica de interpretação e ao trabalho de transformação do manifesto em latente. A parte teórica compreende a montagem de uma explicação hipotética de como o latente se transforma em manifesto.

Esta ocupa um lugar especial na história da psicanálise e assinala um ponto decisivo; foi com ela que a psicanálise progrediu de método psicoterapêutico para psicologia profunda.²

Seguindo essa mesma perspectiva, Pierre Fédida, comentando a conferência que acabo de citar, sublinha:

Ao se afastar do paradigma do sonho, a psicanálise transforma-se rapidamente em psicologia dinâmica ou social, mesmo que qualificada de clínica. Releiam as Novas Conferências! Freud aí relembra sob que condições de reconhecimento da função do sonho alguém pode se chamar psicanalista. É um ponto da doutrina que envolve todo o resto e, em primeiro lugar, o trabalho do analista e no que diz respeito à linguagem, àquilo que é chamado de técnica psicanalítica.³

Os sonhos tiveram de esperar Freud para serem situados nos quadros de uma teoria geral do psiquismo. O interesse do homem pelos fenômenos oníricos, todavia, vem de longe e atravessa os séculos, como confirma a reconstrução do passado. De fato, todos os povos da Antigüidade atribuíam grande importância aos sonhos e pensavam que estes podiam ser usados para fins práticos. O curioso é que para os antigos (gregos e povos orientais) o sonho, em geral, se acha ligado ao futuro, sob a forma de augúrio. É assim que, através da interpretação dos sonhos, os homens da Antigüidade pretendiam alcançar um

² Freud, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.

³ Fédida, Pierre. Nome, figura e memória. A linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991, p. 31.

saber sobre o porvir, um saber que – supunham eles – poderia ser capturado pelos oniromantes de plantão.⁴

Freud está longe de ser um oniromante nesse sentido. A associação entre o sonho e o saber, no entanto, permanece no pensamento freudiano, ainda que de forma bastante deslocada, se comparada à tradição. Sobretudo, porque, para Freud, “é o próprio sonhador quem deve nos dizer o que seu sonho significa”⁵.

A rigor, no interior do “mundo leigo” – termo utilizado por Freud para designar uma vasta tradição que, em oposição às teorias científicas de sua época, reconhece que os sonhos podem ser interpretados – o sonhador, sob nenhum ângulo, figura como alguém que sabe; e não é reconhecido senão, por sua incapacidade para desvendar isso que lhe é dito no sonho. Em Freud, ao contrário, é ele, o sonhador, aquele que sabe. Ou melhor, aquele que *provavelmente* sabe.

O uso do advérbio aqui tem sua razão de ser. Pois, para Freud, a afirmação de que o sonhador sabe o que seu sonho significa, deve ser colocada, de início, na estante das hipóteses. Aliás, são precisamente duas as hipóteses de que Freud lança mão em sua investigação psicanalítica em torno dos sonhos. A primeira a ser enunciada por ele em suas *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise* é a de que os sonhos não são fenômenos somáticos, mas psíquicos. Diz Freud:

⁴ Podemos encontrar marcas dessa crença neste fato digno de nota: consta que, quando Alexandre Magno iniciou suas conquistas, seu séqüito incluía os mais famosos interpretadores de sonhos. A cidade de Tiro, que naquele tempo ainda se erguia sobre uma ilha, ofereceu ao rei tão dura resistência que ele pensou na possibilidade de levantar o cerco. Então, em uma noite, ele teve um sonho em que um sábio parecia dançar em triunfo; e quando o relatou a seus interpretadores de sonhos, estes o informaram de que o sonho predizia sua conquista da cidade. Ordenou um assalto e capturou Tiro.

⁵ Freud, S. *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.106.

Consideremos como premissa, desse ponto em diante, que os sonhos não são fenômenos somáticos, mas psíquicos. Os senhores sabem o que isso significa; contudo, o que justifica que façamos essa hipótese? Nada: mas também nada há a impedir-nos de fazê-lo. Esta é a situação: se os sonhos são fenômenos somáticos, não têm interesse para nós, podem apenas nos interessar na hipótese de serem fenômenos mentais.⁶

E logo na sequência do mesmo parágrafo, esclarecendo a natureza de suas pretensões, ao se debruçar sobre os sonhos, continua:

O resultado de nosso trabalho decidirá se devemos manter essa hipótese e se podemos tratá-la, por sua vez, como dado comprovado. Entretanto a que realmente queremos chegar? Que objetivo nosso trabalho está buscando? Desejamos algo que é buscado em todo trabalho científico – compreender os fenômenos, estabelecer uma correlação entre os mesmos e, como fim último, aumentar, se possível, nosso poder sobre esses fenômenos.⁷

A segunda hipótese, aquela que nos interessa mais diretamente, em razão de manter uma relação estreita com a temática do saber, é formulada por Freud da seguinte maneira:

(...) posso lhes assegurar ser completamente possível e, na realidade, altamente provável que o sonhador sabe, sim o que seu sonho significa: apenas não sabe que sabe, e, por esse motivo, pensa que não sabe.⁸

⁶ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 105.

⁷ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 105.

⁸ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 106

A indicação de alta probabilidade (“altamente provável”) contida na hipótese assinalada por Freud, deve certamente deixar o leitor inquieto. O que, afinal, teria levado esse investigador com pretensões científicas a sustentar uma hipótese que parece ir na direção contrárias a todas as evidências⁹?

Não deixa de ser mesmo notável que Freud se coloque aqui em aparente contradição com a experiência comum, já que, no mais das vezes, tudo o que o sonhador tem a dizer sobre o significado de seus sonhos, é que ele nada sabe. Freud irá nos provar o contrário, e irá nos mostrar também que esse saber que nós, os sonhadores, tanto teimamos em recusar – além de estar ligado ao desejo (que comparece no sonho como estando realizado¹⁰) – só pode ser alcançado, *entre outras coisas*, no momento em que nos dispomos a falar.

Faço questão de sublinhar o “*entre outras coisas*”, porque a conjunção entre o saber e a fala em psicanálise não é tão imediata ou instantânea. Isso quer dizer que, evidentemente, não é só por falar, que o sonhador se aproxima¹¹ de um saber sobre o sonho (que, no fim das contas, se revela ser um saber sobre o desejo inconsciente, ou antes, um saber sobre a

⁹ Freud, em sua Conferência VI, intitulada *Premissas e Técnica de Interpretação*, afirma que as duas hipóteses de que se serve em suas investigação dos sonhos não são equivalentes. A primeira, diz ele, “a de que os sonhos são fenômenos psíquicos, é a premissa que procuramos demonstrar pelo resultado de nosso trabalho; a segunda já foi demonstrada em outra área de conhecimento, e eu simplesmente estou me aventurando a transportá-la dessa área para nossos próprios problemas”. A área a que se refere Freud aqui é a dos fenômenos hipnóticos.

¹⁰ Trata-se de uma realização que, de acordo com Freud, deve ser pensada a partir de uma distinção entre aquilo que é manifesto no sonho, isto é, aquilo que é rememorado, e aquilo que é latente, ou seja, os pensamentos oníricos que por um processo inverso ao trabalho de interpretação sofreram os efeitos decorrentes da ação da censura, e em função disso, foram deformados.

¹¹ Uso o termo aproximação em conjunção com o termo saber, porque, para Freud, o sonho nunca é interpretado plenamente, exaustivamente. O que nos permite concluir que a interpretação sempre estará marcada por uma falta, um buraco, que Freud também fez questão de demarcar através daquilo que nomeou como o “umbigo do sonho”. A análise do sonho inaugural que abre a *Interpretação dos sonhos*, o sonho da injeção de Irmã, é ilustrativa nesse sentido, pois lá em dois momentos Freud reconhece sua impossibilidade em esgotar a interpretação. O umbigo em Freud aponta justamente para esse limite, esse caráter de inacabamento que está presente em toda interpretação psicanalítica. No limite, podemos dizer que em psicanálise o sentido nunca se esgota por completo. Sempre haverá uma lacuna, uma falta, algo do qual não se pode dar conta e que, por isso mesmo, não deixará de se reinscrever e de nos interpelar.

relação, um tanto quanto inusitada, entre o conteúdo manifesto e o conteúdo latente do sonho). A experiência mais banal, por sinal, poderia nos comprovar isso. Que se fale aos quatro ventos para se ver aonde se chega. Que se fale exaustivamente sobre os sonhos que tivemos ou que costumamos repetir ao longo de uma vida. Que saber decorre desse gesto? Nenhum. E é exatamente por isso, que o falar em psicanálise está inserido nos quadros de um método, a saber, o método de interpretação dos sonhos, que prevê não só a existência daquele que fala, daquele que relata o sonho e que associa; mas de um outro, o analista, cuja função, *entre outras coisas*, é de escutar como convém.¹²

Temos aqui um esboço daquilo que poderíamos chamar de cena analítica: o encontro de um que fala e um outro que escuta. Mas é bom sublinhar que isso se trata de um mero esboço, porque a cena analítica é, indubitavelmente, mais rica, mais complexa do que essa breve descrição nos leva a supor. De que tipo de encontro nós estamos falando, afinal? O que se entende por escuta? E a fala? Em que sentido podemos tomar a fala no interior da psicanálise?

I. Do sonho à defesa

Como se vê, as questões são muitas e, a meu ver, nenhuma delas fáceis de serem respondidas de forma minimamente satisfatória. Façamos, então, perguntas mais pontuais¹³. Quem sabe assim, deslocando-nos dentro de limites mais estreitos, podemos caminhar com mais segurança.

¹² Ao longo deste trabalho pretendo marcar a especificidade da escuta que tem lugar na experiência analítica recorrendo à problemática da falsa conexão, a qual por sua vez não pode ser devidamente apreendida sem a referência ao que Freud em seu artigo *As neuropsicoses de defesa designa de “hipótese de trabalho”*.

¹³ Deixo de lado aqui, no âmbito desse trabalho, a pergunta que abre esse texto e que diz respeito à questão do saber na experiência analítica para me concentrar em alguns problemas mais localizados, mas que nem por isso deixam de manter contato com a pergunta pelo lugar e pela natureza do saber na experiência analítica. A bem dizer, a pergunta pelo lugar não pode ser devidamente respondida sem antes delimitarmos com precisão de que tipo de saber nós estamos tratando, pois, a rigor, tanto o analista quanto o analisando dispõem de um saber. Ocorre que o saber do analista se revela mais instrumental, ao passo que o saber do analisando diz

Gostaria de começar com uma questão relativa à escuta, àquilo que, em referência aos ensinamentos de Freud, se pode designar pelo termo escuta psicanalítica. O que caracteriza a escuta em psicanálise? Quais as regras que a presidem?

Vale lembrar que para encaminhar algumas respostas a essas questões, devo me desviar um pouco da rota que havia inicialmente previsto, a rota dos sonhos, e recuar um pouco no tempo, para me ocupar de um artigo de 1894, intitulado *As neuropsicoses de defesa* – texto no qual Freud apresenta pela primeira vez sua teoria da defesa, teoria que ganhará desenvolvimentos em escritos ulteriores, e que em *A Interpretação dos sonhos* será de certa forma retomada e aprofundada quando da investigação dos mecanismos de deformação, a que Freud chama de trabalho do sonho. O trabalho do sonho, de certa forma, mantém com a hipótese da defesa, uma relação de filiação, e é por essa razão que creio não ter me evadido por inteiro da minha proposta inicial, ao recuar no tempo. Mezan parece ser preciso na reconstrução que faz dessa linha de desenvolvimento do pensamento freudiano – e que nos leva de 1894 (ano em que Freud escreve o artigo que pretendo abordar ao longo deste trabalho) a 1900, ano de publicação de *Traumdeutung*.

Aqui cabe assinalar que, ao introduzir o conceito de deformação, Freud estabelece a conexão decisiva entre o sonho e o sintoma. Pois o sintoma também é a expressão deformada de um conteúdo psíquico, como demonstram os artigos que analisamos no Capítulo 1. Tais conteúdos, em virtude de sua incompatibilidade com o ego, são expulsos da consciência, mas retornam por meio das formações de compromisso que constituem o

respeito ao saber referente a sua história, às suas experiências, e como não poderia deixar de ser ao seu desejo que – diga-se de passagem – em Freud está inteiramente ligado desde o *Projeto* às vivências de satisfação e, portanto, às experiências pelas quais o sujeito teve de passar.

sintoma; Freud analisara este mecanismo a propósito da neurose obsessiva, no texto de 1894 sobre as *Neuropsychoses de defesa*. A partir dessa idéia, o caminho subsequente se torna claro: assimilação do conteúdo latente do sonho à mesma ordem de conteúdos psíquicos proibidos de aceder à consciência; invocação de uma transação de forças entre tais conteúdos e o ego; surgimento de uma formação compósita, que ao mesmo tempo traduz o conteúdo incompatível e o disfarça sob a máscara de uma idéia ou seqüência de idéias aparentemente inocente.¹⁴

E na seqüência, acentuando o caráter original de *Traumdeutung*, Mezan sublinha:

O que a Interpretação dos sonhos traz de novo é o estudo minucioso dos mecanismos de deformação, chamados de “trabalho do sonho”, e uma teoria abrangente do aparelho psíquico, capaz de dar conta da possibilidade deste trabalho.¹⁵

O traçado feito por Mezan, como se vê, não parece apontar para uma mudança radical em nossa rota, que inicialmente se dizia ancorar exclusivamente no sonho. Pois o estudo dos sonhos em Freud, sob diversas perspectivas, nos remete ao estudo dos sintomas¹⁶ – o

¹⁴ Mezan, Renato. Freud: A trama dos Conceitos. São Paulo: Editora perspectiva, 2003, p. 77.

¹⁵ Mezan, Renato. *Op Cit* (2003), p. 77.

¹⁶ Foi, aliás, no intercurso das investigações freudianas em torno dos sintomas que a temática do sonho surgiu como objeto psicanalítico. Diz Freud, reconstruindo historicamente seu percurso: “Meu conhecimento desse método (*referindo-se aqui ao método de interpretação dos sonhos*) foi obtido da seguinte maneira: tenho me empenhado há muitos anos (com um objetivo terapêutico em vista) em deslindar certas estruturas psicopatológicas – fobias histéricas, idéias obsessivas, e assim por diante. Com efeito, tenho-o feito desde que soube, por meio de uma importante comunicação de Josef Breuer, que, no tocante a essas estruturas (que são consideradas sintomas patológicos), sua decomposição coincide com sua solução. Quando esse tipo de representação patológica pode ser rastreado até os elementos da vida mental do paciente dos quais se originou, a representação ao mesmo tempo se desarticula, e o paciente fica livre dela (...) Meus pacientes assumiam o compromisso de me comunicar todas as idéias ou pensamentos que lhes ocorressem em relação a

qual, por sua vez, não pode ser caracterizado, a partir da publicação de *As neuropsicoses de defesa*, sem a referência à defesa (*Abwehr*), termo que – retomando à temática da escuta que pretendo colocar no horizonte deste trabalho – não pode ser deixado de lado, quando tratamos da problemática da escuta no interior da psicanálise.

Façamos, então, uma primeira aproximação da problemática da escuta em psicanálise, tentando mostrar em que sentido a hipótese da defesa levantada por Freud em 1894 pode incidir sobre a prática clínica e, conseqüentemente, sobre a escuta no campo analítico.

um assunto específico; entre outras coisas, narravam-me seus sonhos, e assim me ensinaram que o sonho pode ser inserido na cadeia psíquica a ser retrospectivamente rastreada na memória a partir de uma idéia patológica. Faltava então apenas um pequeno passo para se tratar o próprio sonho como um sintoma e aplicar aos sonhos o método de interpretação que fora elaborado para os sintomas”. Freud, S. *Interpretação dos sonhos*. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 135.

Capítulo I

Teoria da defesa e escuta

Como primeiro passo dessa tarefa de apresentar alguns traços que considero significativos acerca da escuta no interior da psicanálise, tentarei mostrar, servindo-me aqui dos comentários de Mezan¹⁷, Gabbi¹⁸, Garcia-Roza¹⁹, e de um exemplo paradigmático dado por Ivan Corrêa²⁰, em seu livro *A escrita do sintoma*, em que medida a experiência analítica se distingue de um palco onde prevalece o confronto de representações. O termo confronto de representações, é bom dizer, não é usado por nenhum desses autores em que me apoio. Trata-se de uma expressão que cunhei para designar um tipo de intervenção clínica pautada em uma modalidade de escuta que se distingue essencialmente da escuta que decorre do assentimento crítico dos ensinamentos de Freud. O que pretendo mostrar, no decorrer deste trabalho, é que, se, ao escutar o sintoma, o analista transformar a cena analítica em um palco de confronto de representações, uma das mais valiosas contribuições de Freud no campo da psicanálise, a saber, sua concepção de defesa, é deixada de lado.

A teoria da defesa que gostaria de situar no horizonte de nossas investigações, e que vai nos servir de critério para demarcarmos isto que estou chamando de confronto de representações foi, pela primeira vez, exposta por Freud em um artigo fundamental de

¹⁷ Mezan, Renato. Freud: A trama dos Conceitos. São Paulo: Editora perspectiva, 2003

¹⁸ Gabbi, Jr, O. Freud – Racionalidade, Sentido e Referência. Campinas: Unicamp, Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 1994.

¹⁹ Garcia-Roza. Introdução à Metapsicologia Freudiana 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

²⁰ Corrêa, Ivan. A escrita do sintoma (Seminários realizados em João Pessoa/PB em 13 de abril de 1996). Centro de Estudos Freudianos do Recife.

1894, cujo título é *As Neuropsicoses de defesa*. Trata-se de um ensaio que freqüentemente é situado como um marco pelos comentadores do pensamento de Freud.

Osmyr Gabbi, por exemplo, reconstruindo uma linha cronológica das elaborações de Freud em torno da noção de conflito, situa a obra nos seguintes termos:

A segunda concepção explícita de conflito surge na obra *Die Abwehr-Neuropsychosen* (1894), onde há uma preocupação etiológica que visa diferenciar diversas patologias e mostrar como todas resultariam de uma tentativa de resolver uma oposição entre representações incompatíveis e o eu, isto é, elas surgiriam de um processo de defesa por parte do eu. [É a primeira referência de Freud à concepção de defesa (...)].²¹

Richard Simanke ressaltando a importância do texto para uma discussão a respeito da concepção quantitativa dos processos psíquicos em Freud, observa:

Os processos ou mecanismos mencionados nesse ponto – substituição, conversão, descarga (*Abfuhr*) – provêm das investigações anteriores sobre as neuroses, mas podem ser, mais especificamente, remetidos ao artigo sobre *As neuropsicoses de defesa* (1894), o mesmo que aparece a primeira definição formal do conceito de quantidade, conforme observou-se acima. Com efeito, neste texto, em seu esforço de ampliar ou generalizar a

²¹ Gabbi. Jr, O. *Op Cit.* (1994), p. 27

aplicação de sua teoria da defesa, Freud considera, além da histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória.²²

Strachey, em seu já clássico apêndice intitulado *A Emergência das hipóteses fundamentais de Freud*, ressalta, da mesma forma que Simanke e Gabbi, o caráter inaugural do ensaio freudiano:

Com esse primeiro artigo sobre as neuropsicoses de defesa, Freud deu expressão pública, se não direta ao menos implicitamente, a muitas das principais noções teóricas sobre as quais todo seu trabalho posterior se baseia.²³

E salientado a relação da hipótese da defesa com a teoria da catexia (*Besetzung*), teoria essa na qual se ancora a hipótese clínica da defesa, o mesmo Strachey conclui:

(...) a própria hipótese clínica da defesa era necessariamente baseada em pressuposições mais gerais, uma das quais vem especificada no último parágrafo deste artigo (*Strachey refere-se aqui ao citado artigo de 1894*). Essa pressuposição pode ser convenientemente designada (embora o nome provenha de data um pouco posterior) como teoria da catexia.

²² Simanke, Richard. A mente e o sistema nervoso nos primórdios da metapsicologia freudiana: uma análise do *Projeto de uma psicologia* (1895). Texto manuscrito que me foi entregue pelo próprio professor em um de seus cursos na USP.

²³ Trata-se do apêndice que acompanha a tradução inglesa das obras completas de Freud.

Agora que já dispomos de algumas informações significativas a respeito do lugar que o ensaio *As neuropsicoses de defesa* ocupa no interior da obra de Freud – ensaio que, como mencionei no início deste capítulo, pretendo tomar como referência da discussão em torno da problemática da escuta em psicanálise – gostaria de passar a uma segunda etapa da minha exposição. Trata-se da etapa em que pretendo mostrar, em linhas gerais, o que Freud entende por defesa, e quais os efeitos do assentimento dessa teoria no campo clínico, mais precisamente, no campo da escuta dos pacientes.

Essa relação entre defesa e escuta se faz necessária, porque, a meu ver, a problemática da escuta psicanalítica não pode ser devidamente contornada sem a referência à concepção de defesa (primeiro passo dado por Freud em direção ao conceito de repressão). Isso, porque quando a referência à teoria da defesa é deixada de lado por aquele que escuta, a saber, pelo analista, a intervenção clínica deste se esbarra em uma série de equívocos de base. Um desses equívocos, freqüentemente cometidos, tem lugar no momento em que o terapeuta transforma o espaço analítico em um palco de conflito de representações.

Mas em que consiste exatamente esse conflito? O que o caracteriza? E em que medida ele tem lugar na clínica, se a referência à hipótese da defesa, levantada por Freud nos anos de 1894, não é tomada como princípio de escuta pelo analista?

Tentarei encaminhar alguns comentários acerca dessas questões, tomando primeiramente um exemplo de intervenção que, a meu ver, se revela paradigmático dessa ausência de compromisso com a teoria freudiana da defesa. Um exemplo que me veio às mãos, por ocasião da leitura de *A Escrita do Sintoma*, obra que reúne seminários dados pelo psicanalista Ivan Corrêa, no Centro de Estudos Freudianos do Recife.

Trata-se um caso de um sujeito que tem fobia de baratas, um sujeito que se diz “especialista” em baratas, e que já não consegue entrar em nenhum ambiente, caso este exale “cheiro de barata”. Um belo dia, chega se queixando ao consultório. Diz que havia passado a noite em claro e que, a despeito de seus esforços, não havia conseguido dormir, em razão da leitura de um artigo científico que falava da resistência das baratas às bombas atômicas. Diante do perigo de uma guerra nuclear²⁴, o paciente, então, manifestando profunda angústia, se pergunta, estando deitado no divã: “Como é que depois de uma guerra atômica, como esta que está prestes a ocorrer. Como é que eu vou conviver com esse monte de baratas enfurecidas?”

A pergunta feita no desespero pode nos soar absurda, a primeira vista; pode apenas nos fazer lembrar que existem loucos nesse mundo; mas pode nos convocar também a pensar na especificidade da escuta no interior do campo analítico. Uma escuta diferenciada, por certo, posto que se assenta em princípios que foram estabelecidos por Freud, ao longo de todo o processo de construção de sua teoria.

Essa construção, pode-se dizer, não foi concluída por Freud – que até o final da vida esteve às voltas com questões sobre as quais nenhuma resposta conclusiva pôde ser dada. Em todo caso, é a ele, Freud, que devemos recorrer de uma maneira ou de outra.

Depois de Freud muitos psicanalistas perspicazes surgiram, é verdade. A referência comum de todos eles, no entanto, permanece a mesma – por mais que, a princípio, suas teorias se distanciem umas das outras. E não há mesmo dúvida de que elas são bem diferentes! A referência comum, portanto, continua ainda hoje sendo Freud, sua vida e sua

²⁴ O relato do paciente é feito no período de auge da tensão da “guerra fria”.

obra – que se entrecruzam em por diferentes estações, como o testemunho de suas correspondência com Fliess, por exemplo, pode comprovar.

Mas, deixando de lado os que se propuseram desenvolver o pensamento de Freud, ou retornar a ele, tomemos aqui a liberdade de avaliarmos nós mesmos o perigo que se corre, o perigo que a psicanálise corre, e mais precisamente, a clínica psicanalítica corre, quando algo dos primórdios da teoria de Freud é simplesmente posta de lado.

Voltemos à pergunta feita pelo paciente ao final de seu relato angustiado: “Como é que depois de uma guerra atômica, como esta que está prestes a ocorrer. Como é que eu vou conviver com esse monte de baratas enfurecidas?”

A bem dizer, várias respostas podem ser dadas a essa questão. Uma delas, talvez uma das que mais compromete a clínica, ou melhor, uma das que mais se afasta das elaborações de Freud em torno de suas observações clínicas, é ilustrada por Corrêa, em um tom bastante coloquial, nos seguintes termos:

Um dia desses, escutei na TV uma reportagem sobre a fobia. Achei muito interessante porque tratou exatamente disso. Uma das pessoas que era entrevistada tratava da fobia de baratas. Perguntaram como é que essa pessoa tratava da fobia de baratas? Ela respondeu: A pessoa que tem fobia de baratas e vem ao meu consultório, a primeira coisa que faço é mostrar para essa pessoa uns desenhos de baratas. Eu tenho umas pranchetas, e a gente mostra uns desenhos de baratas. Depois de mostrar essas pranchetas como fotografias de baratas, eu peço para que elas desenhem baratas. Desenhando as baratas elas vão perdendo o medo, vão se acostumando com as baratas. Ali a barata é inofensiva, está só no papel, desenhada.

Depois disso, eu tenho os vídeos com baratas. Aí ela vai ver as baratas se mexendo nas projeções, baratas de todo jeito, de todo tipo, em toda situação, antes e depois da guerra atômica. Depois, é a fase seguinte. Há uns frascos com baratas dentro. A pessoa então pega o frasco com as baratas dentro, se mexendo. Isso vai fazendo com que essa pessoa pouco a pouco se acostume com baratas e termina perdendo a fobia das baratas.²⁵

Corrêa lança mão desse exemplo, desse modo de intervenção clínica, para mostrar que o tratamento do sintoma em psicanálise se efetua em um outro nível, o nível do significante e não, como ele nomeia, o nível da realidade. Não gostaria aqui de me arriscar por essa via, que nos levaria a um desvio muito grande do que me proponho a salientar, uma vez que a idéia de significante é problemática e nos remete a Lacan, aquele mesmo que propôs um retorno a Freud. Deixemos, pois, o retorno lacaniano de lado por ora, e tentemos mostrar em que medida esse tipo de intervenção assinalada por Corrêa deve ser desautorizada por aquele que uma vez na vida tenha se dado ao trabalho de acompanhar a argumentação de Freud em *As neuropsicoses de defesa*.

Antes, porém, façamos algumas observações sobre o procedimento que esse suposto psicoterapeuta²⁶ adota, de forma a tentar deixar claro, quais são os seus pressupostos teóricos que orientaram sua intervenção.

Corrêa, após fazer o relato resumido do tratamento dispensado à fobia, chega a citar Pavlov, sugerindo que o psicoterapeuta em questão parece tratar o paciente que chega ao seu consultório como aquele cão do experimento do fisiologista russo, que pôde ter seus

²⁵ Corrêa, Ivan. A escrita do sintoma (Seminários realizados em João Pessoa/PB em 13 de abril de 1996 no Centro de Estudos Freudianos do Recife) p. 134-5

²⁶ Na falta de um termo mais adequado, utilizo o termo psicoterapeuta para diferenciar de psicanalista.

reflexos condicionados por uma sequência de experiências repetitivas, envolvendo estímulo indiferente, estímulo incondicionado, resposta incondicionada e resposta condicionada. Por uma questão de competência, confesso que não me sinto à vontade para desenvolver uma articulação consistente entre o procedimento adotado por esse suposto psicoterapeuta e os experimentos de Pavlov. A despeito disso, talvez valesse a pena, mencionarmos uma orientação que parece estar na base do tratamento, e que pode ser indicada ao final do relato de Corrêa, quando este, citando o psicoterapeuta, menciona o termo acostumar-se. De fato, toda a orientação do tratamento dispensado à fobia parece estar voltada para um acostumar-se, um acostumar-se com o objeto da fobia.

Não deve nos surpreender, portanto, que é promovendo sucessivas aproximações com o objeto da fobia, que o psicoterapeuta citado por Corrêa, pretende dissipar os sintomas (dissipação que se confunde aqui com uma espécie de condicionamento). Em um primeiro momento, essa aproximação se dá através de desenho e de vídeos, até que, na fase seguinte, o sujeito que apresenta fobia é levado a se confrontar com o objeto ele mesmo, isto é, a barata. Isso – aposta o psicoterapeuta – “vai fazendo com que essa pessoa se acostume com as baratas”.

A questão que se coloca é: será que esse objetivo visado pelo terapeuta pode encontrar algum tipo de respaldo teórico no campo freudiano? A seguirmos as indicações de Freud, não. Pois, a devida apreciação dos mecanismos psíquicos envolvidos na fobia, de acordo com Freud, nos conduz necessariamente à problemática da falsa conexão – problemática que, em nenhum momento, é levada em consideração pelo suposto psicoterapeuta que age como se os fenômenos psíquicos não dispusessem de um funcionamento próprio, funcionamento esse que, à época de 1894 (época que tomo como

referência da argumentação desenvolvida neste trabalho), Freud supunha estar ligado aos mecanismos de defesa.

Tentemos, então, mostrar em que consiste a problemática da falsa conexão, e qual a relação existente entre essa problemática e a hipótese clínica da defesa levantada por Freud em 1894. Ao levar essa tarefa a cabo, espero poder mostrar quais os equívocos cometidos pelo nosso psicoterapeuta na condução do tratamento da fobia. De saída, tomarei a idéia de defesa como objeto.

Gostaria de iniciar essa nossa incursão pela teoria da defesa exposta por Freud em seu artigo *As neuropsicoses de defesa*, propondo uma pergunta que, de certa forma, se impõe; uma pergunta a que somos convocados a fazer, quando nos deparamos com a idéia de defesa – tenha ela, o sentido que tiver. Ei-la: contra o que exatamente nós nos defendemos? Pensando, digamos assim, por conta própria, sem termos, de saída, a preocupação de sustentarmos a referência ao que Freud descreve como sendo os mecanismos de defesa, arrisco-me a responder que é contra aquilo que representa algum tipo de ameaça, que nós, seres racionais, nos defendemos. Não creio, verdadeiramente, que o leitor tenha dificuldade em aceitar isso (desde que deixe de lado qualquer antecipação referente à idéia de pulsão de morte que ganha corpo no pensamento de Freud com a discutida “reviravolta dos anos 20”²⁷). Por outro lado, não creio também que disponhamos de uma noção comum a respeito daquilo que nos ameaça.

Os objetos que podem nos trazer essa sensação de perigo, sem dúvida alguma, são bastante variados. Há aqueles, por exemplo, que se sentem profundamente ameaçados por determinados insetos: aranhas, baratas, cobras, etc. Há outros que temem a escuridão, a

²⁷ Monzani, Roberto. Freud – O Movimento de um Pensamento, Campinas: Editora da Unicamp, 1989, p. 143.

tempestades, e outras intempéries naturais. Mas, há também aqueles que nutrem temores mais inusitados, que não estão vinculados ao que Freud designa de “fobias primárias comuns da espécie humana”.²⁸ Freud, em *As neuropsicoses de defesa*, nos relata alguns desses casos menos usuais, e, em um primeiro contato, menos ininteligíveis.

Nesse artigo, encontramos, por exemplo, o caso de uma jovem, que, por uma razão que trataremos de elucidar mais abaixo, sofria de um temor de ser dominada pela necessidade de urinar e de ser incapaz de evitar molhar-se. Encontramos também, o caso de uma mãe que temia apunhalar seu filho – temor que surgia sempre que avistava uma faca afiada.

Esses casos, sem dúvida, não são tão comuns assim – e poderia até mesmo nos levar a supor que merecem uma explicação diferenciada das fobias mais freqüentes.

O fato desses casos não ocorrerem com tanta freqüência, no entanto, não lhes confere nenhuma especificidade em relação aos demais casos de fobia, que, a princípio, poderiam parecer mais razoáveis. Pelo menos, é isso que nos informa Freud, ao empreender sua investigação em torno desses sintomas. Não é, pois, como veremos, oferecendo uma explicação específica para estes casos que, a primeira vista, escapariam a uma pretensa normalidade, que Freud procura se encaminhar em sua pesquisa. Pois, seu objetivo está voltado, precisamente, para a possibilidade de constituição de uma base teórica comum que dê sustentação, por assim dizer, à diversidade fenomênica encontrada no campo clínico.

Não é por outra razão, aliás, que logo na abertura de seu artigo de 1894, Freud se diz engajado em uma tentativa de elaboração de uma “teoria psicológica das fobias e obsessões”, teoria, vale lembrar, que acaba por implicar em uma revisão de suas primeiras

²⁸ Freud, S. *As Neuropsicoses de Defesa*. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.61.

formulações, “escritas ainda em conjunto com Breuer, acerca dos mecanismos da histeria”.

Diz Freud, nas linhas iniciais de *As neuropsicoses de defesa*:

Após o estudo detalhado de inúmeros pacientes nervosos, sofrendo de fobias e obsessões, cheguei a uma tentativa de explicação desses sintomas; e isso capacitou-me depois a chegar, com êxito, à origem das idéias patológicas desse tipo, em casos novos e diferentes. Minha explicação parece-me, portanto, merecer publicação e ulterior exame. Simultaneamente a essa teoria psicológica das fobias e obsessões, minha observação dos pacientes resultou em uma contribuição à teoria da histeria ou, antes, em uma modificação dela, que parece levar em conta uma importante característica comum à histeria e às neuroses que acabei de mencionar. Além do mais, tive a oportunidade de penetrar numa indiscutível forma de doença mental, e de descobrir ao mesmo tempo que o ponto de vista por mim adotado estabeleceu uma conexão inteligível entre essas psicoses e as duas neuroses em questão. Ao fim deste artigo, formularei uma hipótese da qual fiz uso em todos os três casos.²⁹

Como se pode ver, é tendo como referência uma única “hipótese de trabalho”, que Freud pretende dar conta das fobias, obsessões, da histeria e de certos casos de psicose. Tratarei, agora, de mostrar que hipótese é essa, quais os seus contornos e limites.

Creio que essa tarefa se revela essencial para a nossa aproximação da problemática da falsa conexão em psicanálise – problemática que, como supomos acima, foi deixada de lado por aquele terapeuta que teve sua intervenção ilustrada pelo relato de Corrêa.

²⁹ Freud, S. *Op Cit.* (1996), p.53

Façamos, então, um esforço concentrado no sentido de apreender a natureza dessa hipótese de trabalho.

Já sabemos, de saída, conforme as indicações de Freud na abertura de seu artigo, qual é a natureza e a extensão desse “trabalho” (o qual, figura na expressão “hipótese de trabalho”). Tendo, então, mostrado que a natureza do trabalho concerne à formulação de uma teoria psicológica que recobre os campos da histeria, das fobias, das obsessões e da psicose alucinatória; passemos, agora, a considerar a hipótese, ela mesma – que, no dizer de Laplanche, “pode ser considerada, por certo, um remanescente de certo cientificismo do fim do século XIX”, e que, de fato, “adapta-se de maneira privilegiada” ao “campo clínico que Freud descobre nesse final do século XIX”³⁰.

Eis a hipótese, tal como formulada por Freud nas linhas finais de seu artigo de 1894:

Gostaria finalmente de demorar-me por um momento na hipótese de trabalho que utilizei nesta exposição das neuroses de defesa. Refiro-me ao conceito de que nas funções mentais deve ser distinguida alguma coisa – uma quota de afeto ou soma de excitação – que apresenta todas as características de uma quantidade (embora não disponhamos de meios para medi-la), capaz de crescimento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços de memória das idéias, tal como uma carga elétrica se expande na superfície de um corpo.³¹

O leitor provavelmente deve estar a se perguntar, não sem estranhamento, de que forma afirmações aparentemente tão distantes da clínica, poderiam – conforme nos informa

³⁰ Laplanche, J. *Problemáticas I – A Angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p. 12.

³¹ Freud, S. *Op Cit.* (1996), p. 66.

Laplanche – adaptar-se “de maneira privilegiada” ao campo clínico descoberto por Freud no final do século XIX. O que, afinal, referências tão inusitadas como essas que figuram na “hipótese de trabalho”, utilizada por Freud em sua investigação acerca dos sintomas, teriam a ver com aqueles casos concretos, descritos acima³²? De que forma, por exemplo, as idéias de afeto e de quantidade poderiam ser utilizadas como apoio na tentativa de explicação do caso de um sujeito, cujo objeto de fobia é a barata?

Poderia começar respondendo essa última questão, propondo uma pergunta, uma suspeita. Será mesmo correto supormos que quando o sujeito diz que tem medo de baratas, ele está sendo verdadeiro?

A pergunta merece desenvolvimentos, já que a noção de verdade é problemática, e envolve uma longa tradição de pensadores e pensamentos que – pode-se dizer – abarca toda a história da filosofia. Deixando um pouco em suspenso essa longa tradição filosófica, e concentrando os nossos esforços em apreender a especificidade da noção de verdade³³ em psicanálise, gostaria de citar aqui um trecho de *Introdução à metapsicologia freudiana*, texto de Garcia-Roza, que contém algumas informações que me parecem significativas acerca dessa temática:

O caminho da verdade é longo e sinuoso; trata-se de um percurso que ambos têm que empreender e para o qual nenhum dos dois dispõe de um roteiro prévio. O guia desse percurso é o próprio paciente, sendo que suas

³² Refiro-me aqui aos casos concretos analisados por Freud em *As neuropsicoses de defesa*. O caso da mulher, por exemplo, que teme ser dominada pela necessidade de urinar e de ser incapaz de evitar molhar-se. Ou então, o outro caso, daquela mulher que teme matar o filho, toda vez que tem uma faca afiada ao alcance das mãos.

³³ Minha intenção aqui não é levar a discussão em torno da verdade em psicanálise a cabo, mas apenas me servir de algumas referências a respeito da especificidade da verdade no campo analítico para tentar mostrar em que sentido a hipótese de trabalho formulada por Freud em *As neuropsicoses de defesa* se aplica ao campo clínico por ele abordado.

indicações são equívocas, cabendo ao analista desfazer as ambigüidades, não no sentido de eliminá-las, isto seria impossível, mas no sentido de tornar o caminho menos tortuoso. A verdade para a psicanálise não está no sentido oposto ao da ambigüidade, mas ligada a esta última de forma necessária.³⁴

Antes de entrar de vez, na problemática da verdade, tal como anunciada por Roza nesse trecho, vale a pena esclarecermos alguns pontos que possam ter ficado em aberto. “O caminho da verdade”, diz Roza, “é longo e sinuoso”, na abertura da citação. Trata-se de um percurso – continua ele – que “ambos” tem que empreender e para o qual nenhum dos “dois” dispõe de um roteiro prévio. Vale salientar – a fim de evitar possíveis mal entendidos – que os “dois”, aos quais se refere Roza nesse trecho, são o analista e o paciente. Isso, como se vê, fica claro na seqüência do texto – seqüência na qual, o paciente é descrito como aquele que sustenta algumas indicações equívocas.

A referência feita por Roza à equivocidade parece ser bastante proveitosa aqui, pois ela nos permite retomar a pergunta na qual fomos lançados, por ocasião da primeira leitura daquilo que Freud chama de sua “hipótese de trabalho”. Retomemos, rapidamente, o itinerário que nos permitiu chegar até aqui. Após acompanhar Freud na formulação de sua hipótese auxiliar de trabalho, lançamos a questão acerca da relação entre essa hipótese – recheada de referências que, a princípio, não parecem ser capaz de nos remeter ao campo da clínica – e a clínica propriamente dita. A pergunta que nos ocorreu nessa etapa foi a seguinte: o que, afinal, referências tão inusitadas como essas que figuram na “hipótese de trabalho”, teriam a ver com um caso concreto de fobia? De que forma, por exemplo, as

³⁴ Garcia-Roza. Introdução à Metapsicologia Freudiana 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004, p.12.

idéias de afeto e de quantidade (que figuram na hipótese de trabalho utilizada por Freud) poderiam ser utilizadas como apoio na tentativa de explicação do caso clínico de um sujeito, cujo objeto de fobia é a barata?

Em resposta a essa pergunta, formulei uma outra questão; esta, sim que nos lançou em cheio no campo da problemática da verdade em psicanálise: Será mesmo correto supormos que quando o paciente diz que tem medo de baratas, ele está sendo verdadeiro? Eis a pergunta que pretendo revisitar agora, a partir da referência à equivocidade, assinalada por Roza em seu texto.

Roza – retomando rapidamente suas palavras – diz que as indicações do paciente são equívocas. Pois bem, será possível aplicar essa idéia de equivocidade ao sintoma, ou à fala do paciente que diz ter fobia de tal ou qual objeto? Será possível, por exemplo, que o paciente se equivoque, ao dizer que tem um medo aparentemente absurdo de baratas?

Creio ter encontrado aqui mais um problema, pois a noção de equívoco também é ampla demais para ser aplicada à fala do paciente, sem maiores especificações. Mas, então, o que está na base dessa fala que parece enunciar algo de absurdo e de contrário a toda e qualquer evidência? Acaso, haveria dissimulação da parte do paciente?

Essa não parece ser uma hipótese aceitável. Pois, como nos diz Birman, em seu *Freud e a Interpretação Psicanalítica*, o sofrimento do sujeito “mostra de maneira insofismável que sua experiência é verdadeira”³⁵. Mas então, como explicar os sintomas?

Poderíamos deixar de vez essa série de perguntas e incertezas, ceder à tentação, e dizermos simplesmente que há a loucura, entendida aqui, como desrazão ou degeneração mental. Francamente, não ganharíamos muita coisa com isso. E arrisco-me a sugerir, nos colocaríamos na contramão de Freud, que parece seguir uma direção contrária, ao admitir

³⁵ Birman, Joel. *Freud e a Interpretação Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume_Dumará, 1991, p.26.

que os fenômenos psíquicos devem ser observados, sob o pano de fundo de uma divisão da consciência.

Creio, de fato, que não resta a menor dúvida de que enquanto opera com essa idéia de divisão, divisão da consciência, Freud se posiciona radicalmente contra a idéia de desrazão ou degeneração mental.³⁶

Prova disso é que, enquanto escuta as histéricas, Freud nunca deixa de assinalar que o desenvolvimento de seus sintomas se deve a uma série de “razões” que podem e devem ser precisadas, através de observação cuidadosa e de inferências clínicas. No caso das fobias e obsessões, veremos mais adiante, o mesmo acontece.

Essa série de razões que, para Freud estaria na base do sintoma, no entanto, muda com o tempo – o que significa dizer que sua concepção de divisão também muda, ainda que a idéia mesma de divisão permaneça como um ponto inabalável de suas elaborações sobre os fenômenos encontrados na clínica. O fato é que, se a idéia de divisão se mantém, as explicações para ela se modificam.

E é justamente em função dessa modificação que se pode falar que, em *As neuropsicoses de defesa*, Freud rompe com Breuer ao propor, como termo explicativo para a divisão, a ação da defesa. Antes disso, a suposição de divisão da consciência – suposição que, sublinha Freud, confere inteligibilidade aos sintomas histéricos – estava assentada nos chamados *estados hipnóides* de Breuer.

Outros, como Janet, seguidor de seu mestre Charcot, explicavam a divisão da consciência lançando mão da idéia de uma degeneração dos indivíduos histéricos. A

³⁶ Diferentemente de Janet ou Charcot, por exemplo, que atribuem a divisão da consciência à hereditariedade e à degeneração dos indivíduos histéricos.

histeria seria assim, para Janet, “uma forma de alteração degenerativa do sistema nervoso, que se manifesta pela fraqueza congênita do poder de síntese psíquica”.

Freud, ao contrário, se recusa a ver na divisão da consciência, a simples marca psíquica de uma degeneração, e em *As neuropsicoses de defesa*, passa a negar também, pelo menos em parte, que a divisão da consciência possa ser remetida aos *estados hipnóides*. Tentemos mostrar agora de que forma Freud e Breuer chegaram à idéia de divisão, para em um segundo momento, mostrarmos em que sentido a introdução da hipótese da defesa apresentada por Freud em seu artigo de 1894, representou uma ruptura com as formulações assinadas em conjunto por Freud e Breuer.

Espero que depois de realizada essa dupla tarefa, possa me voltar para algumas dessas perguntas que venho lançando no decorrer deste trabalho.³⁷

³⁷ Vejo-me aqui diante da necessidade de retomar ainda que rapidamente quais os pontos pelos quais já passamos em nossa argumentação. Antes, porém, faço questão de salientar qual foi o nosso ponto de partida, a nossa premissa, ou parafraseando Freud, a nossa “hipótese de trabalho”. Nossa hipótese é de que, ao transformar a cena analítica em um palco de confronto de representações, o analista se esquivava de um dos ensinamentos iniciais de Freud nos campos da teoria e da prática psicanalíticas, e que diz respeito à defesa. Vale lembrar que a expressão confronto de representações foi cunhada por mim no início desta exposição para designar um tipo de intervenção clínica pautada em uma modalidade de escuta que se distingue essencialmente da escuta que decorre do assentimento crítico dos ensinamentos de Freud³⁷. Como exemplo desse tipo de intervenção que rejeita ou que desconhece a teoria da defesa (que se situa nos primórdios do conceito de repressão, conceito que, no dizer de Freud, constitui a “pedra angular do edifício da psicanálise”), tomei o relato do psicanalista Ivan Corrêa, que em um tom bastante coloquial, nos informa a respeito de um tipo de intervenção clínica que segundo ele, só poderia partir de um psicoterapeuta tratasse o sintoma no “nível da realidade” e não “no nível do significante”. Disse, nesse momento que não gostaria de me arriscar pela via de abordagem adotada por Corrêa, pois isso nos obrigaria a ter de considerar a noção de significante em Lacan. O relato de Corrêa, todavia, nos permitiu chegar à problemática da falsa conexão, uma vez que, segundo a nossa perspectiva, a intervenção clínica adotada pelo psicoterapeuta que figura no relato de Corrêa só poderia ter partido de alguém que desconhece a problemática da falsa conexão. Essa apreciação feita por mim, me levou, por sua vez, e obrigatoriamente, a formular a seguinte questão: em que consiste a problemática da falsa conexão? Como creio não ser possível esboçar uma resposta a essa questão, sem nos referirmos à teoria da defesa, tratei de me lançar na tarefa de traçar uma relação entre a problemática da falsa conexão e a teoria da defesa. Foi, pois, no intercurso dessa última tarefa que chegamos às questões referentes à equivocidade e à verdade.

Capítulo II

Divisão da consciência: dos estados hipnóides à defesa

Mencionei de passagem nas linhas acima que é tendo como referência a idéia de divisão da consciência e a explicação por ele dada para essa divisão, que Freud se coloca na contramão daqueles que pretendem ver na histeria apenas o efeito de uma degeneração orgânica. Tentemos traçar o itinerário que levou Freud a essa idéia, e em que medida ela (a divisão da consciência) torna inteligíveis os sintomas histéricos.

Vale dizer que para levar a cabo essa tarefa recorrerei aqui ao texto *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*.

Como ponto de partida de minha exposição tomarei aqui, seguindo o itinerário adotado por Freud em sua exposição, Charcot e sua teoria, mais precisamente sua pesquisa em torno das paralisias traumáticas. É, aliás, no campo das paralisias histerotraumáticas, que segundo Freud, Charcot teria conquistado resultados mais significativos. Acompanhemos, então, a exposição das idéias de Charcot, tendo como referência o texto de Freud.

Entrando em cheio no texto, cito um trecho em que Freud nos apresenta a idéia de trauma, tal como estabelecida por Charcot. Trata-se de um trecho razoavelmente extenso, mas que merece ser citado por conter uma apresentação detalhada de um caso que nos permitirá compreender melhor, através de uma posterior comparação, onde se encontra, segundo Charcot, a gênese do sintoma histérico.

Consideraremos o caso de uma pessoa sujeita a um trauma, sem antes ter estado doente e, talvez, mesmo sem ter qualquer predisposição hereditária. O trauma deve satisfazer a certas condições. Deve ser grave – isto é, ser de uma espécie que envolva a idéia de perigo mortal, de uma ameaça à vida. Mas não deve ser grave no sentido de pôr termo à atividade psíquica. De outra forma, não produziria o resultado que esperamos dele. Assim, por exemplo, não deve envolver concussão cerebral ou qualquer ferimento realmente sério. Além disso, o trauma deve ter uma relação especial com alguma parte do corpo. Suponhamos que uma pesada tora de madeira caia sobre o ombro de um trabalhador. O golpe o derruba, mas ele logo verifica que nada ocorreu e vai para casa com uma ligeira contusão. Passadas algumas semanas ou meses, ele acorda certa manhã e observa que o braço submetido ao trauma pende flácido e paralisado, embora, no intervalo, que poderíamos chamar de período de incubação, ele o tenha utilizado perfeitamente bem. Se se tratar de um caso típico, é possível que sobrevenham ataques peculiares – que, depois de uma aura, o sujeito desfaleça repentinamente, fique muito agitado e se torne delirante: se se falar em seu delírio, sua fala talvez mostre que a cena do acidente está sendo repetida nele acrescida talvez de vários quadros imaginários. O que estará acontecendo aqui? Como se deve explicar esse fenômeno?³⁸

Após propor a situação, descrita em detalhes, e de terminar com uma interrogação, Freud passa a expor como um caso como esse seria explicado por Charcot.

³⁸ Freud, S. Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos, ESB Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 37-8

Charcot explica o processo reproduzindo-o, induzindo artificialmente o paciente à paralisia. Para promover isso, ele precisa de um paciente que já se encontre em um estado histérico; requer ainda o estado de hipnose e o método de sugestão. Ele hipnotiza profundamente um paciente desse tipo e então golpeia seu braço levemente. O braço pende; fica paralisado e exhibe precisamente os mesmos sintomas que ocorrem na paralisia traumática espontânea. O golpe também pode ser substituído por uma sugestão verbal direta: “Veja! Seu braço está paralisado!” Também nesse caso a paralisia apresenta as mesmas características.³⁹

É, segundo Freud, comparando essas duas situações aparentemente distintas que Charcot pretende, através do recurso metodológico da sugestão hipnótica, dar conta dos fenômenos ininteligíveis exibidos no primeiro caso. Charcot parte daquilo que há de comum entre eles, a saber, paralisia. Em um caso, se depara com a paralisia que se acha ligada a um acontecimento traumático. No outro, se depara com uma paralisia ocasionada por uma sugestão hipnótica. Diante desse termo em comum (a paralisia), Charcot, nas palavras de Freud, raciocina da seguinte forma:

Se o trauma num deles pode ser substituído, no outro, por uma sugestão verbal, é plausível supor que uma idéia dessa natureza seja responsável pelo desenvolvimento da paralisia também no caso de paralisia espontânea.⁴⁰

³⁹ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 38

⁴⁰ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 38

Essa hipótese, todavia, se esbarra, segundo Freud em uma limitação. Pois, se o que ocasiona a paralisia não é propriamente o acontecimento, mas a sugestão; de que forma explicar a paralisia nos casos em que aquele que sofre um trauma está longe de estar hipnotizado, longe de receber algum tipo de sugestão?

É tentando responder essa pergunta, e com isso traçar uma analogia que lhe permita explicar os sintomas da histeria traumática, que Charcot propõe a idéia de um “estado de espírito especial durante o trauma”⁴¹. Admitindo a possibilidade desse estado de espírito, Charcot pode, então, comparar os dois casos de modo a fazer do segundo, o modelo explicativo para o primeiro. É, pois, seguindo essa linha argumentativa que Charcot passa a tomar como equivalente trauma e sugestão verbal. E é, nesse sentido que a hipótese de um “estado de espírito especial”⁴² vem ao auxílio de Charcot. Com ela, Charcot pode lançar luz sobre os sintomas histéricos e chegar à conclusão de que a “gênese do sintoma é determinada de modo inequívoco pelas circunstâncias do trauma” e não pelo trauma, ele mesmo.

Seguindo a exposição de Freud em *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, deixo de lado por ora, Charcot e a discussão em torno da histeria traumática (a ser retomada na sequência), para me voltar para Breuer, figura que ocupa um lugar de destaque na história da psicanálise, por ter sido o primeiro médico a descobrir, através do recurso à hipnose, que o sintoma histérico se acha ligado a uma experiência afetivamente marcante, ou a um trauma psíquico.

⁴¹ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 38

⁴² Charcot se inclina a equiparar esse afeto com o estado de hipnose artificialmente induzido.

Tentarei descrever agora de forma breve as circunstâncias que permitiram Breuer lançar pela primeira vez luz sobre essa relação entre trauma psíquico e sintoma. Para tanto, devo recuar no tempo (não se pode esquecer que o texto de Freud que tomo como referência é de 1893) e me voltar para os anos 1880-1882, período no qual Breuer pôde pela primeira vez, através do tratamento de uma jovem histérica de etiologia não-traumática, remeter o sintoma ao trauma.

Aqui vai uma breve síntese dessa história que figura nos *Estudos sobre a histeria*, sob o título de Caso 1 – Srta Anna O.

Começo meu resumo fazendo questão de destacar um dos mais variados e graves sintomas apresentados por essa jovem: os estados de *absence*. Esse sintoma conserva um papel de destaque na história da psicanálise, pois foi ele – e aqui, tomo como referência o resumo que Freud nos dá desse caso, na primeira de suas *Cinco lições de psicanálise* – ou melhor, foi a partir dele, e de sua observação atenta que Breuer teve a oportunidade de começar a traçar a relação entre trauma e sintoma.

Os fatos são os seguintes: Anna O., nos momentos em que entrava nesses estados de ausência e de confusão, costumava “murmurar algumas palavras que pareciam relacionar-se com aquilo que lhe ocupava o pensamento”⁴³. Breuer, então, percebendo essa possibilidade, se propôs a anotar essas palavras. Em um segundo momento, depois de colocar a moça em um estado de hipnose, repetiu essas palavras anotadas e convocou a jovem a associar idéias. Os efeitos desse gesto de Breuer nos são relatado por Freud.

A paciente entrou, assim, a reproduzir diante do médico as criações psíquicas que a tinham dominado nos estados de *absence* e que se haviam

⁴³ Freud, S. Cinco Lições de Psicanálise. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 16

traído naquelas palavras isoladas. Eram fantasias profundamente tristes, muitas vezes de poética beleza – devaneios, como podiam ser chamadas – que tomavam habitualmente como ponto de partida a situação de uma jovem à cabeceira do pai doente. Depois de relatar certo número de fantasias, sentia-se ela como que aliviada e reconduzida à vida normal. Esse bem-estar durava muitas horas e desaparecia no dia seguinte para dar lugar a nova *absence*, que cessava do mesmo modo pela revelação das fantasias novamente formadas. É forçoso reconhecer que a alteração psíquica manifestada durante as *absences* era conseqüência da excitação proveniente dessas fantasias intensamente afetivas. A própria paciente, que nesse período da moléstia só falava e entendia inglês, deu a esse novo gênero de tratamento o nome de *talking cure*, qualificando-o também, por gracejo, de *chimney sweeping* (limpeza de chaminé).⁴⁴

Inspirado por esse quase “acaso”, Breuer passou, então, a explorar sistematicamente esse método de limpeza. E pôde comprovar, com isso, através de sucessivas experiências, que a paciente podia se livrar de inúmeras perturbações psíquicas sempre que, durante a hipnose, recordava com “exteriorização afetiva, a ocasião e o motivo do aparecimento do sintoma pela primeira vez”⁴⁵. O resultado disso, foi que, no decorrer dos dois anos de tratamento, grande parte dos sintomas puderam ser removidos.

Estando de posse dessas indicações precisas a respeito do tratamento conduzido por Breuer nos anos de 1880-2, e tendo retornado de sua visita a Paris, onde pôde entrar em contato com os trabalhos e experimentos de Charcot às voltas com suas históricas de

⁴⁴ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.16.

⁴⁵ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.16.

Salpêtrière, Freud passa, então, a realizar juntamente com Breuer “uma série de observações detalhadas sobre um número bastante grande de pacientes histéricos”⁴⁶.

No artigo de 1893, *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, Freud descreve os procedimentos adotados por ele e Breuer nessa investida conjunta sobre as histéricas que teve início nos anos de 1886, logo após o retorno de Freud de Paris:

Nosso material consistia em casos de histeria comum, isto é, não traumática. Nosso procedimento era a consideração de cada sintoma, em separado, e a indagação das circunstâncias em que ele tinha aparecido pela primeira vez; esforçávamo-nos, desse modo, por chegar a uma idéia clara da causa precipitante que talvez tivesse determinado aquele sintoma. Mas não se deve supor que essa seja uma tarefa simples. Para começar, quando interrogamos os paciente dentro dessa orientação, em geral não obtemos nenhuma resposta. Num pequeno grupo de casos, os paciente têm suas razões para não dizer o que sabem. Em um número maior de casos, porém, os paciente não tem qualquer noção do contexto de seus sintomas. O método pelo qual se consegue alguma coisa é árduo. É assim: os paciente devem ser colocados em hipnose e então indagados sobre a origem de algum sintoma particular – quando apareceu e o que lembram em conexão com ele. Enquanto de acham nesse estado, a memória, que não lhes era acessível no estado de vigília, retorna.

Dispondo, pois, desse alargamento da consciência, promovido pela hipnose, Freud e Breuer podem ter acesso a um material que, de outra forma, não poderia vir à tona. E é,

⁴⁶ Freud, S. *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos*, ESB Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.39.

justamente, a partir da coleta desse material. Quer dizer, é precisamente em referência a esse material obtido, através do procedimento indicado acima, e que foi inicialmente adotado por Breuer no tratamento da jovem Anna O., que Freud e Breuer podem generalizar as inferências feitas por Breuer nos anos de 1880-2.

É, pois, seguindo esse propósito de generalização, que Freud afirma, em seu texto de 1893, que:

(...) aprendemos, para dizê-lo em termos grosseiros, que há uma experiência afetivamente marcante por detrás da maioria dos fenômenos da histeria, se não de todos; e mais, que essa experiência é de tal ordem que torna imediatamente inteligível o sintoma com que se relaciona, mostrando uma vez mais, por conseguinte, que o sintoma é inequivocamente determinado.⁴⁷

Não custa lembrar, recorrendo à perspectiva histórica, que ao enlaçar sintoma e trauma (a experiência marcante afetivamente da qual nos fala Freud nesse trecho destacado nada mais é do que um trauma psíquico⁴⁸), Freud e Breuer rompem com uma longa tradição que remonta a Hipócrates e que se definia por pensar a histeria como uma doença do corpo, uma doença ligada ao corpo, e mais precisamente, ao útero⁴⁹. Freud, como se vê, se recusa a pensar os sintomas histéricos nesses termos e, com isso, opera uma separação

⁴⁷ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 40.

⁴⁸ Veremos abaixo em que sentido se pode pensar o trauma psíquico a essa época.

⁴⁹ “Na origem, a histeria encontrou sua razão com sua etimologia: doença do hystera, isto é, do útero. Com isso duas características se associavam: déficit funcional de um órgão sexual e déficit relativo às mulheres. Tal foi a força, até o século XX, dos textos atribuídos a Hipócrates. Muito antes, desde 1900 antes de Cristo, com o papiro Kahoun, a medicina egípcia falava da histeria da mesma maneira que Hipócrates e seus sucessores, Celso, Aretu, Galeno. Só o nome de Hipócrates, contudo transpôs os séculos para dar à histeria a origem uterina”. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p.246.

entre histeria e sexo biológico – separação, aliás, que já havia sido feita por Charcot, ainda que de uma maneira um pouco tímida.⁵⁰

É, portanto, instaurando um novo princípio de inteligibilidade que Freud e Breuer propõem a relação entre trauma psíquico e sintoma. Charcot, é verdade, já havia ressaltado a importância de um evento traumático no desenvolvimento dos sintomas histéricos. O papel desse evento na etiologia da histeria, no entanto, era bastante reduzido, no sentido de que, para ele, o trauma atuava como mero agente provocador. Em Freud, ao contrário, o trauma não desempenha o papel de simples fator desencadeante, mas mantém com o sintoma uma relação de “causação direta”.

A rigor, embora Charcot mostre a existência do trauma associado ao sintoma, nega que a histeria possa ser explicada exclusivamente por essa relação. Prova disso é que ao lado da referência ao trauma, Charcot sustenta também as referências à hereditariedade e à degenerescência que estariam verdadeiramente na raiz da irrupção dos sintomas.

Além dessa diferença quanto ao papel do trauma na etiologia da histeria, Freud e Breuer se distinguem também de Charcot, por acreditarem que o sintoma não está necessariamente ligado a um grande trauma (como no caso ilustrado por Freud, em que uma grande tora cai sobre o braço do sujeito), mas a uma série de pequenos traumas psíquicos, ou como nos diz Freud, toda uma história de sofrimento.

Em todo caso, a despeito dessas diferenças, pode-se dizer, que o modelo explicativo adotado por Charcot para dar conta dos fenômenos da histeria traumática serviu e muito a Freud e Breuer, uma vez que é em referência a ele, que estes podem estender com algumas

⁵⁰ “Será preciso Charcot para que a histeria masculina seja enfim reconhecida, certamente não sem reticência, como se vê na denominação hipocondria, ainda preferida com muita frequência à de histeria quando se trata do homem”. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p.246.

modificações, é claro, o padrão da histeria traumática, tal como exposto por Charcot nas paralisias histéricas, para todo e qualquer sintoma histérico.

Se os senhores me permitem comparar essa experiência afetivamente marcante com a grande experiência traumática subjacente à histeria traumática, posso desde já formular a primeira tese a que chegamos: Há uma analogia total entre a paralisia traumática e a histeria comum, não-traumática. A única diferença é que, na primeira, há um único evento em ação, ao passo que, na segunda raramente a um único evento principal a ser assinalado, operando antes uma série de impressões afetivas – toda uma história de sofrimentos.⁵¹

Como exemplo dessa história de sofrimentos que se acha ligada a um determinado sintoma, vale a pena lembrar aqui, um caso relatado por Freud em *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*. Refiro-me ao caso de uma moça que comia excepcionalmente pouco e apenas sob pressão. Quando interrogada em hipnose, a respeito dessa sua ojeriza pelos alimentos, a moça (paciente de Breuer) pôde informar ao médico uma série de traumas psíquicos que havia acabado por produzir esse sintoma de repulsa à comida.

Quando ainda era criança, sua mãe, muito severa, insistia para que ela comesse toda a carne que tivesse deixado no almoço duas horas depois, quando a carne estava fria e a gordura, toda congelada. Ela o fazia com enorme asco e guardou a lembrança disso; mais tarde, quando já não estava

⁵¹ Freud, S. *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos*, ESB Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 40.

sujeita a essa punição, sentia regularmente enjôo na hora das refeições. Dez anos depois, costumava sentar-se à mesa com um paciente tuberculoso que escarrava constantemente, durante as refeições, numa escarradeira postada do outro lado da mesa. Pouco tempo depois, foi obrigada a partilhar suas refeições com um parente que ela sabia ser portador de uma doença contagiosa.⁵²

Além desse relato, Freud nos oferece em seu texto de 1893 uma série de casos em que se verifica a mesma relação entre uma seqüência de eventos traumáticos e um determinado sintoma. Como não creio que seja necessário relatarmos todos eles em seus pormenores, uma vez que o que se pretende aqui é avançarmos em direção às elaborações teóricas, isto é, as explicações e hipótese utilizadas por Freud e Breuer para dar conta dessa relação encontrada na clínica, retomo agora uma questão que ficou em aberto e que diz respeito a relação existente entre o trauma ou a seqüência de traumas e o sintoma.

Mencionei de passagem que, diferentemente de Charcot, que atribuía ao trauma o papel de mero agente provocador, Freud e Breuer acreditavam que o trauma mantém com o sintoma uma relação de causação direta. Tentemos esclarecer em que sentido essa conexão pode ser pensada.

A necessidade de especificação do estatuto dessa relação se justifica porque a conexão encontrada na clínica pode sugerir a existências de diferentes modalidades de relação entre trauma e sintoma. Pode acontecer, por exemplo, que o trauma mantenha com o sintoma uma relação do tipo desencadeadora. Por exemplo, diz Freud, ilustrando de maneira inequívoca esse tipo de relação, “quando alguém com predisposição à tuberculose

⁵² Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 46

recebe um golpe no joelho, em consequência do qual se desenvolve uma inflamação tuberculosa na junta, o golpe é uma simples causa desencadeante”⁵³.

Não é desse tipo, todavia, a relação que parece estar em jogo nos casos observados por Freud e Breuer. As observações clínicas destes, mostram, ao contrário, que o trauma, ou a seqüência de traumas, parece atuar como um “corpo estranho”, a saber, como algo que sustenta e mantém o sintoma, dado que quando é removido, seu correlato, isto é, o sintoma também desaparece.

Quando, por exemplo, o sintoma apresentado pelo paciente consiste em dores, e quando lhe indagamos sob hipnose sobre sua origem, ele evoca uma série de lembranças realmente vívidas e se ele vir as coisas diante de si com toda a sua realidade original, observaremos que está completamente dominado por algum afeto. E se então compelirmos a exprimir verbalmente esse afeto, verificaremos que, ao mesmo tempo em que ele manifesta esse afeto violento, o fenômeno de suas dores desponta marcadamente uma vez mais e, daí por diante desaparece.⁵⁴

Como se vê, a expressão cunhada por Anna O., para designar esse procedimento terapêutico, *talking cure*, traduz bem o espírito do método e a relação de determinação que há entre o trauma que é relatado e rememorado com intensidade afetiva e o sintoma. Esse aspecto, por sinal, deve nos chamar a atenção, e mereceu uma elaboração teórica da parte de Breuer e Freud. Refiro-me aqui ao fato de que o rememorar vir acompanhado de uma liberação de uma carga emocional que parecia estar, de alguma forma, retida. Ocorre que

⁵³ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.43.

⁵⁴ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.44.

em muitos casos, o evento traumático a que se liga o sintoma, está localizado em um período bastante recuado em relação ao período de irrupção do sintoma. O problema que se coloca, então, é de que modo um evento ocorrido há tempo – dez, vinte anos – pode continuar exercendo poder sobre o sujeito, e como que tais lembranças não foram submetidas ao processo de desgaste.

Na intenção de responder essa questão Freud e Breuer propõem uma explicação que começa por tratar das “condições que regem o desgaste dos conteúdos de nossa vida representativa”⁵⁵. Sigamos, então, Freud nessa tentativa de resposta aos problemas postos pela prática clínica.

Partiremos de uma tese que pode ser formulada nos seguintes termos.

Quando uma pessoa experimenta uma impressão psíquica, alguma coisa em seu sistema nervoso, que chamaremos provisoriamente de soma de excitação, aumenta. Ora, em todo indivíduo existe uma tendência a tornar a diminuir essa soma de excitação, a fim de preservar a saúde. O aumento da soma de excitação ocorre por vias sensoriais, e sua diminuição, por vias motoras. Assim, podemos dizer que quando alguma coisa atinge alguém, esse alguém reage de maneira motora. Podemos agora afirmar com segurança que depende dessa reação o quanto restará de uma impressão psíquica inicial.⁵⁶

Há, por certo, muito a se dizer acerca dessa premissa da qual partem Freud e Breuer em sua tentativa de explicação do porque certos conteúdos representacionais não sofrem o

⁵⁵ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.44.

⁵⁶ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.44-5

processo de desgaste. Gostaria de me centrar, no entanto, em algo que considero essencial do esquema explicativo proposto por Freud: a ausência de reação. Esse parece ser, a meu ver, o aspecto fundamental que determina o desgaste ou não de uma impressão psíquica. Quando há reação (por enquanto, Freud está considerando aqui em seu esquema, apenas a reação motora), a impressão psíquica permanece com mais intensidade.

Sigo Freud em sua exposição:

Consideremos isso em relação a um exemplo específico. Suponhamos que um homem seja insultado, esmurrado, ou qualquer coisa desse gênero. Esse trauma psíquico está ligado a um aumento da soma de excitação de seu sistema nervoso. Surge então instintivamente uma inclinação a diminuir de imediato a excitação aumentada. Ele revida a ofensa, e então sente-se melhor; talvez tenha reagido adequadamente – isto é, talvez haja se livrado de tanto quanto foi introduzido nele. Ora, essa reação pode assumir várias formas. Para os aumentos muito ligeiros da excitação, as alterações corporais talvez sejam suficientes: chorar, insultar, esbravejar etc. Quanto mais intenso o trauma, maior a reação suficiente. A reação mais adequada, entretanto, é sempre uma tomada de atitude. Mas como observou espirituosamente um escrito inglês, o primeiro homem a desfechar contra seu inimigo um insulto, em vez de uma lança, foi o fundador da civilização.⁵⁷

Temos aqui, como se pode ver, a extensão da noção de reação, que em um primeiro momento foi tomada exclusivamente como reação motora, para ser reconhecida aqui em

⁵⁷ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.45

sua dimensão verbal – dimensão, aliás, que nos coloca diante de uma pergunta feita na introdução desse trabalho.

No início desse trabalho, no momento em que ainda procurávamos descrever o que pretendíamos desenvolver aqui, chegamos, um pouco por acaso, à pergunta a respeito da fala e de seu estatuto em psicanálise. Temos agora a oportunidade de revisitar essa questão, pois o que Freud nos diz nesse trecho que acabamos de citar, e em outro fragmento extraído desse mesmo texto de 1893, chamado *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* é que a fala corresponde a uma ação de descarga, e de manutenção da saúde. Esse aspecto da fala, por certo, conserva um papel de importância no pensamento freudiano, mas não devemos crer que ele se mantém incólume ao longo da obra de Freud. Em todo caso, vale salientar que, pelo menos a essa época, Freud creditava à fala o poder de descarga dessa soma de excitação adicional que, tenderia (seguindo uma direção, digamos, natural e saudável) a ser expulsa.

Ao lado dessas duas modalidades de reações, reação motora e reação verbal, que por assim dizer, promovem o escoamento da excitação adicional a que se liga o trauma psíquico, Freud considera também a possibilidade de uma outra reação: a elaboração ou a produção de idéia contrastante. É reconhecendo essa terceira via de manutenção da saúde que Freud afirma que:

Mesmo que a pessoa insultada não retribua o golpe, nem retorque com uma grosseria, ela pode ainda assim reduzir o afeto ligado ao insulto pela evocação de idéias contrastantes, tais como a de seu valor pessoal, da indignidade de seu inimigo, e assim por diante. Quer um homem sadio lide com insulto de um modo ou de outro, ele sempre consegue chegar ao

resultado de que o afeto originalmente intenso em sua memória acabe perdendo a intensidade e finalmente, tendo perdido seu afeto, a lembrança caia vítima do esquecimento e do processo de desgaste.⁵⁸

Tendo, pois, descoberto que não há nos pacientes histéricos nada mais do que traumas psíquicos que não perderam seu afeto em decorrência de uma ausência de reação adequada, Freud e Breuer passam, então, a ser perguntar o que estaria na raiz dessa ausência. Por quê, afinal, determinados sujeito não reagem?

Em alguns casos, é verdade, esse problema nem sequer chega a ser colocar, pois o que se verifica é que, em decorrência de circunstâncias sociais, a reação é, por assim dizer, refreada, sob pena de adoecimento daquele que não reage. Em outros casos, no entanto, nos informa Freud:

(...) a razão da ausência de reação não está no teor do trauma psíquico, mas em outras circunstâncias, pois é muito freqüente constatarmos que o conteúdo e os fatores determinantes dos fenômenos histéricos são eventos em si mesmos bastante triviais, mas que adquiriram alta significação pelo fato de terem ocorrido em momentos especialmente importantes, quando a predisposição do paciente havia aumentado patologicamente. Por exemplo, o afeto de pavor pode assomar no curso de algum afeto intenso e por isso adquirir enorme importância. Os estados dessa ordem são de curta duração e estão, por assim dizer, isolados do resto da vida mental do sujeito.⁵⁹

⁵⁸ Freud, S. *Op Cit (1996)*, p.44-5

⁵⁹ Freud, S. *Op Cit (1996)*, p.45.

É, portanto, em razão da ocorrência desses estados especiais da consciência que Freud, mas, sobretudo, Breuer pretende responder à questão referente à ausência de reação. É, então, por se encontrar nesse estado anormal da consciência, nesses estados de auto-hipnose que o sujeito se veria na impossibilidade de reagir seja de forma motora, verbal ou associativamente.

Não gostaria aqui de entrar nos pormenores das discussões a respeito legitimidade teórica da hipótese dos estados hipnóides de Breuer, mas vale a pena indicarmos que ela cumpre uma função central na explicação dos sintomas histéricos.

Retomemos agora em linhas gerais o itinerário que conduziu Breuer e Freud à hipótese dos *estados hipnóides*, de forma a deixar nítido, o papel ocupado por essa hipótese no conjunto das descobertas. O primeiro passo dessa história toda teve início, como pudemos ver, em 1880, ano de início do tratamento de Anna O.. Foi no intercurso do tratamento dispensado a essa jovem histérica que Breuer pôde perceber que os sintomas histéricos se acham ligados a experiências afetivamente intensas. De posse dessa descoberta, propiciada pela observação atenta de Breuer, e pelo uso da hipnose como condição de alargamento da consciência, Freud, no ano em que retorna do curso que fora fazer em Paris com Charcot, passa, então, em associação com Breuer, a fazer uma série de observações clínicas apoiadas nas descobertas iniciais de Breuer com sua jovem histérica. O que se verifica é que a generalização pode ser feita, isto é, depois de analisar uma série de casos, Freud se vê em condições de estender as conclusões relacionadas ao caso específico de Anna O., para o geral. É seguindo essa tendência que Freud enuncia que todo sintoma histérico só se torna inteligível, na medida em que mantém uma relação de causação direta com um trauma (ou uma série de pequenos traumas). A fim de explicar essa causação direta, Freud, então, parte de algumas teses que enumero a seguir: 1) quando

uma pessoa experimenta uma impressão psíquica, alguma coisa em seu sistema nervoso, que chamaremos de soma de excitação aumenta; 2) em todo indivíduo existe uma tendência à descarga dessa soma de excitação adicional; 3) a descarga desse excedente de excitação pode se realizar através de uma ação motora, verbal, ou através da associação; 4) quando essa reação não é alcançada, ocorre formação do sintoma – e é por isso que a descarga desse excedente segue um curso que se destina à preservação da saúde.

Diante dessas teses, uma dedução e uma pergunta entram em cena. A dedução é de que os histéricos sofrem de traumas psíquicos que não foram ab-reagidos. A pergunta é: porque a reação ao trauma não se verifica nos pacientes histéricos?

A resposta de Freud aqui nos leva a ter de considerar duas espécies de impossibilidade. Em um primeiro caso, a reação não se verifica, porque as circunstâncias sociais não são propícias, ou então a reação seria penosa, como no “caso de uma ofensa ou insulto por parte de alguém merecedor de respeito ou afeto”⁶⁰. Em um segundo caso, a reação não se verifica, porque a ocorrência de um evento (que pode ser o mais trivial do mundo) se acha ligada a “condições psíquicas anormais, como os estados crepusculares de devaneio semi-hipnótico ou condições similares. Tais estados, denominados por Breuer estados hipnóides, impediriam a elaboração associativa do conteúdo psíquico introduzido durante sua vigência com os demais conteúdos psíquicos”⁶¹, e produziria assim a divisão da consciência – traço que tanto Breuer e Freud consideram distintivo dos sujeitos histéricos.

Fiz esse rápido resumo, porque gostaria aqui de dar destaque ao fato de que a hipótese dos estados hipnóides, que figura nas elaborações conjuntas de Breuer e Freud desse período que tomo como referência (1893), desempenha um papel central na

⁶⁰ Mezan, Renato. *Op Cit* (2004), p.6

⁶¹ Mezan, Renato. *Op Cit* (2004), p.6

explicação da divisão da consciência. Em síntese, diz Mezan, após ter percorrido assim como eu, alguns dos pontos essenciais do processo de constituição da teoria sobre a histeria, “a base e a determinação da histeria consistem na ocorrência dos estados hipnóides e em suas características peculiares”⁶².

É precisamente esse pilar que será abalado em 1894, quando Freud apresentar uma outra hipótese explicativa para a divisão da consciência. É para lá, pois, para os anos de 1894, que pretendo me guiar agora, na intenção de me voltar mais atentamente para o artigo *As neuropsicoses de defesa*.

No intercurso desse passeio pelo texto de Freud, espero poder retomar algumas questões que foram deixadas em aberto, ao longo deste trabalho, e que poderão ser revisitadas, a partir da nossa incursão pela teoria da defesa. Dentre essas questões que fui lançando no decorrer do trabalho, gostaria de destacar aquela que se refere à problemática da falsa conexão (problemática na qual fomos lançados, por ocasião da análise do relato de Corrêa e da intervenção clínica que é por ele ilustrada). É meu objetivo também retomar a discussão em torno da questão da verdade e da equivocidade em psicanálise. Por fim, tentarei responder a questão formulada na abertura desse trabalho, e que reformulo agora nos seguintes termos: em que medida a experiência analítica se distingue de um palco onde prevalece o confronto de representações?

Encaminhemo-nos, agora mesmo, para o texto de Freud.

⁶² Mezan, Renato. *Op Cit* (2004), p.7.

Capítulo III

Escuta e falsa conexão

Após acompanhar Freud e Breuer em suas elaborações conjuntas acerca da histeria, e da natureza dos sintomas histéricos, passo agora a considerar a teoria da defesa de Freud que nos abrirá uma nova perspectiva em relação aos mecanismos formadores dos sintomas. Para tanto, devo me servir aqui da leitura de *As neuropsicoses de defesa*, texto de 1894 que marca a introdução da defesa no pensamento freudiano e, por conseguinte, o abandono, pelo menos parcial⁶³, da hipótese dos *estados hipnóide* que pretendia explicar a divisão da consciência encontrada nos sujeitos histéricos. A partir de 1894, a divisão da consciência passa a ganhar, sem dúvida, um novo estatuto, pois passa a ser encarada como o resultado de um ato voluntário cujo motivo que pode ser especificado.

Acompanhemos, então, Freud na formulação de sua teoria da defesa, para, em um segundo momento, retomarmos algumas das questões que foram lançadas ao longo deste trabalho e que merecem ser revisitadas, a partir da referência à defesa e aos mecanismos psíquicos⁶⁴ que segundo Freud estão em sua base.

A fim de acompanhar o itinerário explicativo traçado por Freud em sua apresentação da defesa, tentarei discriminar, de saída, e tendo como referência os vários

⁶³ Em *As neuropsicoses de defesa*, Freud não descarta totalmente a hipótese dos estados hipnóides, pois afirma que a histeria da defesa é apenas uma “forma de histeria”, designação que nos leva a supor que ele parece ainda considerar como válida para alguns casos de histeria a designação histeria hipnóide. Vale lembrar, no entanto, que a designação histeria hipnóide é freudiana, já que para Breuer toda histeria se resolve através da hipótese dos estados hipnóides.

⁶⁴ Refiro-me aqui aos mecanismos psíquicos que subjazem ao ato voluntário – o qual se encontra no início do processo de defesa – mas não se pode perder de vista que Freud considera plausível a possibilidade de que o que ele descreve em termos psicológicos possa ser descrito em termos físicos.

casos concretos citados pelo próprio Freud em seu texto, o que há de observação e o que há de “abstrações psicológicas”⁶⁵ na teoria da defesa.

Começo tratando do que se pode observar, do que se dá a ver na clínica. São precisamente três os eventos observáveis: 1) ocorrência de incompatibilidade; 2) tentativa de esquecimento; 3) surgimento do sintoma.

O que Freud observa na clínica é que esses três pontos ou esses três eventos ocorrem em seqüência. Tratemos agora do momento 1 que diz respeito à ocorrência de incompatibilidade.

O primeiro ponto a ser destacado por Freud, nesse sentido, é que os pacientes por ele analisados gozavam de boa saúde até o momento em que houve uma ocorrência de incompatibilidade em suas vidas representacionais. O termo incompatibilidade aqui deve ser remetido, no contexto do pensamento freudiano, a ego e a representação. É precisamente o ego (definido como “sistema de representações compatíveis”⁶⁶) que se defronta com a ocorrência de uma representação, experiência ou sentimento que o coloca em uma posição de aparente contradição ou incompatibilidade.

Freud, em *As neuropsicoses de defesa*, para fins de ilustração dessa ocorrência de incompatibilidade, cita o exemplo de uma jovem senhora que se apaixona pelo patrão. No caso, esse sentimento se revelou incompatível com seu ego – o que significa dizer e que ele foi vivido de uma forma aflitiva por essa senhora.

Diante dessa incompatibilidade (associada a um desconforto, a um desprazer) e diante de uma aparente incapacidade para resolver essa contradição, Freud verifica que os sujeitos tomam a decisão de por um fim à ocorrência dessa incompatibilidade, isto é, tomam a

⁶⁵ Freud, S. *As Neuropsicoses de Defesa*. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.56.

⁶⁶ Gabbi Jr, O. *Op Cit* (1994), p. 28

decisão de esquecer o acontecido. E, de fato, na clínica, Freud pôde constatar que os pacientes em geral conseguiam recordar com toda precisão desejável os seus esforços defensivos, as suas tentativas de “não mais pensar no assunto”, e de suprimi-lo.

Vale destacar que para Freud, essa decisão, esse esforço, ou esse empenho em “não mais pensar no assunto”, não pode ser considerado um traço patológico.

Não posso, naturalmente, afirmar que um esforço voluntário de eliminar da mente coisas desse tipo seja um ato patológico, nem sei dizer se e de que modo o esquecimento intencional é bem-sucedido nas pessoas que, sob as mesmas influências psíquicas, permanecem saudáveis.⁶⁷

No entanto, o que se verifica, é que, nos casos analisados por Freud, esse esforço, ou essa tendência que, a princípio não apresenta nenhum traço patológico, acaba por produzir efeitos patológicos, acaba por produzir sintomas.

Sei apenas que esse tipo de esquecimento intencional (*refere-se aqui à tentativa de esquecimento da ocorrência de incompatibilidade*) não funcionou nos paciente que analisei, mas levou a várias reações patológicas que produziram ou a histeria, ou uma obsessão, ou uma psicose alucinatória. A capacidade de promover um desse estados – que estão todos ligados a uma divisão da consciência – através de um esforço voluntário desse tipo deve ser considerada como manifestação de uma disposição

⁶⁷ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 55.

patológica, embora esta não seja necessariamente idêntica à degeneração individual ou hereditária.⁶⁸

Como se vê o trajeto até aqui descrito por Freud, e que pode ser observado na clínica, é o seguinte: ocorrência de incompatibilidade entre ego e representação → tentativa de esquecimento dessa ocorrência = sintoma.

Tentemos mostrar agora de que forma Freud tenta explicar esse trajeto, isto é, de que forma ele descreve essa conjunção verificada na clínica (ocorrência de incompatibilidade entre ego e representação → tentativa de esquecimento dessa ocorrência = sintoma), em termos psíquicos.

O primeiro ponto a ser destacado, nesse sentido, diz respeito a uma impossibilidade, a saber, a impossibilidade do total apagamento da ocorrência de incompatibilidade:

A tarefa que o eu se impõe, em sua atitude defensiva, de tratar a representação incompatível como “non-arrivé”, simplesmente não pode ser realizada por ele. Tanto o traço mnêmico como o afeto ligado à representação lá estão de uma vez por todas e não podem ser erradicados.⁶⁹

Diante dessa impossibilidade, isto é, diante da impossibilidade de total erradicação tanto do afeto, como da representação, o ego (que se defronta com uma ocorrência de incompatibilidade), continua Freud, acaba por alcançar uma realização aproximada disso, separando o “afeto aflitivo” da representação. Através dessa operação de separação e de desinvestimento (transformação da representação forte em representação fraca), o ego,

⁶⁸ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 55.

⁶⁹ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 56.

momentaneamente, se livra da presença incômoda da representação incompatível. Isso ocorre porque a representação forte (a que se liga o afeto aflitivo) deixa de convocar o ego a ter de resolver essa contradição ou essa incompatibilidade. Freud nos descreve esse processo, da seguinte forma:

(...) o eu transforma essa representação poderosa numa representação fraca, retirando-lhe o afeto – a soma de excitação – do qual está carregada. A representação fraca não tem então praticamente nenhuma exigência a fazer ao trabalho da associação. Mas a soma de excitação desvinculada dela tem que ser utilizada de alguma outra forma.⁷⁰

Tudo, de fato, ocorreria da forma mais conveniente possível, não fosse esse pequeno detalhe apontado por Freud ao final do trecho citado: “a soma de excitação”, diz ele, “tem que ser utilizada de alguma forma”. Esse articular faz toda a diferença porque é precisamente esse afeto livre, desligado, que conforme o rumo que tomar irá produzir efeitos sintomáticos. É precisamente diferenciando esses rumos que Freud estabelece a diferença destas diversas patologias: histeria, obsessões e psicose alucinatória.

Vale lembrar que os mecanismos descritos até esse momento por Freud são aplicáveis à histeria, às obsessões, e à psicose, ou confusão alucinatória. É só a partir desse momento que elas se diferenciam, isto é, é exclusivamente em referência aos destinos dessa soma de excitação que se acha desligada da representação incompatível, que Freud vai estabelecer a separação entre a histeria, as obsessões e fobias, e a psicose.

⁷⁰ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 56

No caso da histeria, o que ocorre é que a soma de excitação desligada da representação incompatível ganha um destino somático, isto é, é direcionada para uma linha de inervação motora ou sensória que está relacionada (intimamente ou frouxamente) à experiência traumática (entendida aqui como ocorrência de incompatibilidade no campo representacional). Desse modo, observa Freud:

(...) o ego consegue libertar-se da contradição com a qual é confrontado.⁷¹

O problema é que ao se libertar dessa contradição, o ego não fica em melhor situação, já que ele tem que arcar com um símbolo mnêmico que se “aloja na consciência como uma espécie de parasita, quer sob a forma de uma inervação motora insolúvel, quer como uma sensação alucinatória constantemente recorrente, que persiste até que ocorra uma conversão na direção oposta”.

É assim que, ao se livrar de uma incompatibilidade, o ego ganha um sintoma. Vale lembrar também que como a representação incompatível não pode ser simplesmente extinta pelo ego, ela passa a formar o núcleo de um segundo grupo psíquico, que se manterá separado da consciência. Essa separação, no entanto, se revela muito pouco estável, pois, a rigor, nada impede que a comunicação entre esses dois grupos seja refeita, por ocasião da chegada de uma impressão que, por exemplo, evoque ou suscite a lembrança da representação incompatível. Freud referindo-se a essa instabilidade na distribuição da soma da excitação que se desloca para o corpo e que pode a qualquer momento retornar a se ligar à representação incompatível, comenta:

⁷¹ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 56.

A distribuição da excitação assim ensejada na histeria usualmente se revela uma distribuição instável. A excitação, forçada a escoar-se por um canal impróprio (pela inervação somática) vez por outra reencontra o caminho de volta para a representação da qual se destacou, e compele então o sujeito a elaborar a representação associativamente ou a livrar-se dela em ataques histéricos.⁷²

Vê-se assim que o ataque histérico nada mais é do que a tentativa de restabelecimento de uma distribuição da excitação que possibilite ou que implique na manutenção da separação entre os dois grupos psíquicos, o grupo que diz respeito às representações compatíveis e o grupo que foi separado da consciência por ocasião da defesa.

Como não pretendo descer aos pormenores dos mecanismos psíquicos da histeria neste trabalho, deixo de lado a discussão em torno da defesa no campo da histeria, para me voltar agora para os mecanismos psíquicos presentes nas obsessões e fobias, já que isso vai me permitir retomar uma série de questões que foram lançadas no decorrer desta minha exposição – questões relacionadas à falsa conexão, à verdade e à equivocidade. Ao abordar as fobias e obsessões também espero voltar ao ponto de partida desse trabalho: a idéia do confronto de representações. Não custa lembrar aqui que encaminhei toda essa discussão em torno da defesa para mostrar que se, ao escutar o sintoma, o analista transformar a cena analítica em um palco de confronto de representações, uma das mais valiosas contribuições freudianas, a saber, sua concepção de defesa, é deixada de lado. A fim de mostrar em que

⁷² Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 57.

sentido essa minha proposição inicial pode ser considerada válida, tomemos o caminho da análise das obsessões e fobias.

Passemos, então, a considerar as obsessões e fobias.

Seguindo a preocupação etiológica, presente em *As neuropsicoses de defesa*, que visa diferenciar diversas patologia e mostrar como todas resultariam de um traço comum, a saber, a defesa, cito aqui o trecho que marca a entrada em cena da questão das obsessões e fobias, nesse artigo de 1894:

Quando alguém com predisposição à neurose carece de aptidão para a conversão, mas ainda assim, parece rechaçar uma representação incompatível, dispõe-se a separá-la de seu afeto, esse afeto fica obrigado a permanecer na esfera psíquica. A representação, agora, enfraquecida, persiste ainda na consciência, separada de qualquer associação. Mas seu afeto, tornado livre, liga-se a outras representações que não são incompatíveis em si mesmas, e graças a essa falsa ligação, tais representações se transformam em representações obsessivas. Essa é, em poucas palavras, a teoria psicológica das obsessões e fobias (...).⁷³

Creio que, a partir dessas referências presentes na descrição psicológica que Freud nos oferece das fobias e obsessões, podemos voltar agora mesmo à temática da falsa conexão que foi deixada em aberto ao longo desse trabalho. Antes, porém, vale a pena sublinharmos o contexto no qual ela foi primeiramente abordada. Retomando um pouco o

⁷³ Freud, S. *Op Cit* (1996), p. 58-9

traçado do nosso percurso, gostaria de assinalar que foi por ocasião do relato de uma intervenção clínica que a questão da falsa conexão foi inicialmente citada neste trabalho.

Naquele momento, pude observar que, enquanto o analista trata da fobia partindo da premissa de que objeto fóbico é a razão de ser da fobia, ele comete um equívoco de base. Àquela altura, ainda não tínhamos condições de justificar inteiramente essa asserção, mas creio que agora isso já pode ser feito. Pois, tendo como referência a definição freudiana de obsessão (definição que, como diz Gabbi, está apoiada em duas “hipóteses auxiliares”⁷⁴: a hipótese quantitativa e a hipótese clínica da defesa), podemos dizer que o objeto da fobia não é nada mais do que uma representação substitutiva de uma outra representação, esta sim, incompatível, e como confirma Freud – de maneira mais categórica no campo das obsessões – de natureza sexual.⁷⁵

Seguindo essa premissa, a premissa de que o afeto se desloca em relação à representação incompatível, e pode se ligar a uma outra representação compatível, o analista, então, que opera única e exclusivamente no nível representacional, perde de vista algo de essencial relacionado ao psiquismo, a saber, a possibilidade de deslocamento do afeto em relação à representação e da falsa conexão, ou da falsa ligação entre esses dois elementos.

É justamente por perder isso de vista, que o analista, ao escutar o sintoma, a partir de referenciais exclusivamente representacionais, cai freqüentemente no equívoco de querer convencer o paciente ou de querer provar ao paciente que seu sintoma não tem sentido, ou que não corresponde a nenhuma verdade que possa ser compartilhada socialmente e

⁷⁴ Gabbi Jr, O. *Op Cit* (1994), p.28.

⁷⁵ “Em todos os casos investigados, foi sempre a sexualidade que deu origem a estados afetivos penosos. Teoricamente, contudo, Freud ainda acredita que a origem dessas representações poderia ser outra”. Gabbi Jr, O. *Op Cit* (1994), p.30.

historicamente. Nesse sentido, pode-se sustentar aqui, seguindo os comentários de Birman, que Freud remete a verdade “a outro contexto fundamental de referência”⁷⁶.

Remetendo a verdade da subjetividade a outro contexto fundamental de referência, Freud indica que esta categoria não se sustenta apenas nos objetos e situações pertencentes à experiência social imediata do sujeito, circunscrita à atualidade histórica. A verdade que justifica os sofrimentos toma como referencial o sujeito, suporte de uma experiência que se desdobra em uma história e se demarca num tempo que transcende o presente. Ou seja, a verdade em questão considera como referência básica o sujeito, e não os objetos reais, atuais, da experiência deste.⁷⁷

Como incremento dessa discussão acerca do estatuto da verdade em psicanálise, vale a pena trazer à baila novamente o texto de Roza, no qual este nos informa que o “caminho da verdade é longo e sinuoso” e que “o guia desse percurso é o próprio paciente, sendo que suas indicações são equívocas”. Creio, que é precisamente em face do deslocamento de representações descrito por Freud a propósito dos mecanismos de defesa, que a questão da equivocidade mencionada por Roza pode ser pensada. Pois é, enquanto dá expressão, enquanto dá voz ao deslocamento que se opera em um nível que não é o do consciente, que o paciente se equivoca, ou que fornece indicações equivocadas a respeito de si mesmo e de seu mal-estar.

É operando sobre essas indicações equívocas, no entanto, que o analista deve se colocar, já que para que o analista possa reconduzir (ou religar) o afeto à representação que

⁷⁶ Birman, Joel. *Op Cit (1991)*, p. 26.

⁷⁷ Birman, Joel. *Op Cit (1991)*, p. 26.

o justifica historicamente, ele (o psicanalista) não pode prescindir do paciente, que através de suas associações e resistências pode fornecer ao analista o caminho “sinuoso” (diria Roza) que possibilita a restituição das verdadeiras ligações entre os afetos e as representações – ligações, que dizem respeito às vivências do paciente, às suas experiências, à sua história, enfim.

Não é, portanto, partindo da premissa de que detém *a priori* a chave dessas ligações entre os afetos e as representações, que o analista deve se portar na relação analítica⁷⁸. Os casos analisados por Freud ao final do artigo *As neuropsicoses de defesa*, por sinal, demonstram isso. Lá, encontramos, por exemplo, o caso de uma moça que sofria de pavor de ser dominada pela necessidade de urinar e de ser incapaz de evitar molhar-se. Acompanhemos o relato que Freud nos dá desse caso, e vejamos em que sentido as nossas proposições acerca da posição a ser adotada pelo analista diante dessa ligação entre o afeto e a representação podem ser ratificadas pela prática adotada por Freud.

Uma outra moça sofria de um pavor de ser dominada pela necessidade de urinar e de ser incapaz de evitar molhar-se, desde a ocasião em que uma necessidade desse tipo de fato a obrigara a sair de um salão de concerto durante a apresentação. Pouco a pouco, essa fobia a deixara completamente incapaz de se divertir ou de freqüentar a sociedade. Só se sentia bem ao saber que havia um toalete próximo e acessível, que ela poderia atingir discretamente. Não havia sombra de nenhuma enfermidade orgânica que pudesse justificar essa desconfiança em seu poder de controlar a bexiga;

⁷⁸ Esse modo de proceder do analista em sua relação com a relação afeto-representação guarda, não por acaso, correspondência com a posição que Freud, anos mais tarde, vai adotar em sua relação com o sonho. Não é também neste caso partindo da premissa de que detém, *a priori*, a chave de ligação dos elementos manifestos com os elementos latentes no sonho que o analista deve se portar na relação com as formações oníricas.

quando ela estava em casa, em condições tranquilas, ou à noite, a necessidade de urinar não assomava. Um exame detalhado mostrou que a necessidade ocorrera primeiramente nas seguintes circunstâncias: no salão de concerto, um cavalheiro ao qual ela não era indiferente tomara assento não longe dela. A moça começou a pensar nele e a imaginar-se sentada ao seu lado, como sua esposa. Durante esse devaneio erótico, teve a sensação corporal que é comparável à ereção masculina e que, no caso dela – não sei se é sempre assim –, terminava com uma leve necessidade de urinar. Ficou então muito aterrorizada pela sensação sexual (à qual estava normalmente acostumada), pois tomara a resolução interna de combater aquela preferência específica, assim como qualquer outra que pudesse sentir; no momento seguinte, o afeto se transferira para a necessidade concomitante de urinar e a compelia, depois de agoniada luta a deixar o recinto. Em sua vida corriqueira, ela era tão pudica que experimentava intenso horror por qualquer coisa relacionada a sexo e não podia contemplar a idéia de vir a casar-se um dia. Por outro lado, era tão hiperestésica sexualmente que, durante qualquer devaneio erótico, ao qual se abandonava prontamente, a mesma sensação voluptuosa aparecia. Em todas as ocasiões a ereção era acompanhada pela necessidade de urinar, embora sem produzir-lhe impressão até a cena no salão de concerto (...).⁷⁹

Lendo o caso relatado por Freud, de fato, não temos dificuldade em mostrar isso que assinalávamos, acima, a saber, que o analista não deve partir da premissa de que detém, *a priori*, a chave das verdadeiras ligações entre os afetos e as representações. Fosse assim, não

⁷⁹ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.62.

seria necessária a escuta, isto é, não seria necessária a coleta de informações históricas que só podem ser dadas por aquele que porta o sintoma e que detém as chaves, por assim dizer, da tradução da representação obsessiva ou fóbica em termos sexuais.

Freud, inegavelmente, em seu relato faz questão de destacar essa necessidade do tempo da escuta e do tempo da coleta de dados históricos que constituem o ponto de apoio necessário das inferências clínicas e de intervenção junto ao paciente, que, como ele descreve, tem como objetivo reconduzir a “atenção dos pacientes com fobias e obsessões às representações sexuais recalcadas, a despeito de todos os seus protestos”⁸⁰.

A necessidade da escuta, aliás, parece marcar a especificidade da clínica psicanalítica que só pode se estruturar e só pode se diferenciar da tradição psiquiátrica, sob condição de reconhecer o paciente em sua dimensão de relator e de portador de um saber – saber esse, que não pode ser descartado pelo analista, sob pena de retorno a uma modalidade de clínica que Freud fez questão de ultrapassar e que se caracterizava, entre outras coisas, por considerar o discurso do paciente como efeito de uma anomalia no corpo. Freud efetivamente rompe com essa maneira de pensar a doença mental, e sua maneira de dar as costas a essa tradição pode ser indicada através de alguns gestos teóricos. Um desses gestos é destacado por Birman no seguinte trecho:

A construção metodológica a que nos referimos já se encontra realizada aqui. Ela pressupõe a veracidade da experiência que se revela pelo afeto e, dessa forma, confere outro contexto ao discurso aparentemente absurdo, destacando o sujeito, e não a realidade objetiva, como eixo da experiência.

O afeto se refere a uma representação que está ausente do enunciado do

⁸⁰ Freud, S. *Op Cit* (1996), p.63.

discurso porque foi substituída por outra, fazendo com que o discurso se tornasse absurdo.⁸¹

Como se vê, não é destacando o discurso do sujeito, isto é, não é destacando o discurso, em sua aparente absurdidade, do sujeito, entendido aqui como sujeito marcado por uma divisão decorrente da defesa, que Freud se coloca na posição de escuta. E isso, porque, reconhece:

(...) a existência de uma realidade psíquica que transcende a consciência do sujeito e a determina, apresentando-se através de fragmentos que escapam ao controle desta. O sujeito passa a ser considerado como estruturalmente dividido (*Spaltung*). Sua verdade não se situa apenas no espaço da consciência que se refere a objetos externos, mas também a objetos centrados na sua experiência interna. Quando se reconhece a existência de um sujeito descentrado em relação à consciência e ao mundo dos objetos externos – devolvendo-se à psique toda a sua materialidade – a experiência da loucura volta a ter sentido.⁸²

É, pois, dando mostras dessa aposta no sentido e não no reconhecimento de que o discurso do paciente neurótico é efeito de degeneração mental que Freud pôde, ao formular sua teoria da defesa, incluir o sujeito na experiência analítica, inclusão que, por certo, não equivale à inclusão de um sujeito centrado, mas de um sujeito marcado pela divisão, e que

⁸¹ Birman, Joel. *Op Cit (1991)*, p. 27.

⁸² Birman, Joel. *Op Cit (1991)*, p. 27.

não pode ser adequadamente descrito, senão a partir da referência às vicissitudes de um afeto que se desloca em relação à representação que o justifica historicamente.

Quando essas vicissitudes do afeto são postas de lado, comete-se o erro, por exemplo, de se intervir junto a uma fobia, partindo da premissa de que o objeto reconhecido pelo paciente como o objeto fóbico, é o que sustenta ou o que confere inteligibilidade a sua relação fóbica. Não deve ser assim. Pelo menos, não depois de Freud que pôde nos mostrar, lançando mão de sua hipótese quantitativa, que nas funções mentais:

(...) deve se distinguir algo – uma carga de afeto ou soma de excitação – que possui todas as características de uma quantidade (embora não tenhamos meios de medi-la) passível de aumento, diminuição, deslocamento e descarga, e que se espalha sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada sobre os traços mnêmicos das representações como uma carga elétrica espalhada pela superfície de um corpo.⁸³

Reencontramos, pois, nessas linhas finais de seu artigo de 1894, o enlace que a princípio nos pareceu ser improvável entre aquilo que, em *As neuropsicoses de defesa*, Freud designa de “hipótese de trabalho” – que é por ele utilizada na explicação dos sintomas na histeria, nas obsessões e fobias e na psicose alucinatória (patologia que é descrita de forma inicial por Freud através de uma defesa que não se caracteriza apenas pela separação do afeto em relação à representação, mas pela rejeição por parte do eu da representação incompatível juntamente com seu afeto correspondente) – e sintoma. Pois, quando encarado

⁸³ Freud, S. *As Neuropsicoses de Defesa*. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.66.

sob esse pano de fundo, o sintoma (e aqui me refiro exclusivamente às fobias e obsessões) revela ser o efeito de deslocamento de uma quantidade de uma representação incompatível (de natureza sexual) para a representação compatível.

A validade dessa hipótese de trabalho, vale lembrar, já era reconhecida por Freud em trabalhos anteriores. Curiosamente, no entanto, ela nunca havia recebido uma formulação explícita como essa que figura no artigo de 1894. Em todo caso, e a despeito disso, no contexto no qual ela é inserida, a saber, o contexto da teoria da defesa, essa mesma hipótese que havia sido reconhecida tacitamente por Freud e Breuer em suas investigações sobre a histeria, acaba por ganhar um caráter inovador, pois agora ela já não se aplica exclusivamente à exceção patológica (à histeria), mas pode ser tomada como princípio de inteligibilidade de todo e qualquer fenômeno psíquico.

Creio que o reconhecimento dessa premissa de trabalho é algo que diz respeito à própria estrutura da clínica psicanalítica. E é precisamente em função desse papel capital na clínica que, quando deixa de lado essa premissa, o analista passa se defrontar com funções que lhe são inteiramente estranhas e que acabam por conferir à clínica a configuração insólita de um palco de confronto de representações onde o analista passa a ser portar como aquele que, por exemplo, deve mostrar ao paciente que seu sintoma não tem razão de ser, já que não corresponde a qualquer verdade compartilhada social e historicamente. Tomamos o caso da fobia de baratas, como exemplo dessa modalidade de clínica que se pauta em uma escuta que não se compromete minimamente com as premissas de que parte Freud. Talvez seja o momento de pularmos da barata para o rato, a saber, do caso paradigmático da fobia para o caso do homem dos ratos de 1909. No relato do caso do homem dos ratos, Freud trata de uma situação similar a da fobia que nos foi relatada por Corrêa e ilustra de modo magistral, (através de uma imagem que atesta a clareza da escrita freudiana) o compromisso

em escutar o sintoma, a partir dessa referência ao deslocamento do afeto em relação à representação. É nesse sentido que a certa altura de seu relato Freud nos diz que:

(...) quando existe uma *mésalliance*, eu começo, entre um afeto e seu conteúdo ideativo (neste caso, entre a intensidade do remorso e sua causa), um leigo diria que o afeto é muito grande para a causa – que ele é exagerado – e que conseqüentemente a dedução inferida desse remorso (inferência de que o paciente é um criminoso) é falsa. Ao contrário, o médico (analista) diz: Não. O afeto é justificado; o sentimento de culpa não é para ser criticado, mas ele pertence a um outro conteúdo que é desconhecido e que precisa ser procurado. O conteúdo conhecido da idéia só se introduziu na sua posição atual por causa de uma falsa conexão. Nós não estamos habituados a sentir afetos intensos sem conteúdo ideativo. Portanto, se o conteúdo ideativo está faltando, nós apreendemos como substituto qualquer outro conteúdo, que é de alguma forma adequado, assim como nossa polícia quando não consegue pegar o verdadeiro assassino, detém um outro em seu lugar. Além disso, a existência da falsa conexão é o único caminho para explicar a impotência dos processos lógicos para combater a idéia atormentadora.⁸⁴

Freud aqui nos orienta de uma forma tão precisa, que quase torna desnecessário qualquer comentário adicional. Vale sublinhar, no entanto, algo para o qual Birman nos chama a atenção, e que não diz respeito exclusivamente ao caso do homem dos ratos, mas que vale para o campo analítico de uma forma ampla.

⁸⁴ Freud, S. Notes upon a case of obsessional neurosis (1909). In The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume X. Londres, Hogarth Press, 1978, p.175-176.

A admissão da veracidade do sintoma e a tentativa de apreendê-lo num contexto de referência que admita que ele está originalmente dizendo alguma coisa implicam que se reconheça a existência de uma ordem mais primordial. Nesta perspectiva, os delírios e as alucinações das psicoses esquizofrênicas, que formalizam a experiência da loucura na sua radicalidade, constituem narrativa da verdade do sujeito. Este narra a sua verdade à sua maneira, com os meios psíquicos de que dispõe. Reconhecer efetivamente essa situação é um pressuposto fundamental para admitir a existência dessa verdade histórica e poder aceder até ela. Isso implica em considerar os sofrimentos mortíferos como subprodutos de um corpo e de um cérebro naturalmente inferiorizados.⁸⁵

O caso do homem dos ratos parece ilustrar bem isso que sugere Birman a propósito da narrativa do sujeito e do reconhecimento de que o sujeito diz a verdade que lhe é possível dizer, através dos meios psíquicos de que dispõe. Pois, na sua relação com o discurso, com a narrativa do homem dos ratos, Freud parte do reconhecimento de que o dito, a saber, o discurso é efeito de uma *mésalliance* inconsciente, e não a manifestação de alguém que absolutamente não tem justificativas plausíveis para dizer o que diz. É só, aliás, enquanto parte dessa premissa (que nos remete à problemática da falsa conexão, a qual, por sua vez, nos lança para a “hipótese de trabalho” exposta por Freud em *As neuropsicoses de defesa*) que Freud pode, diferentemente daquele terapeuta de que nos conta Corrêa em sua intervenção junto à fobia, correr atrás do verdadeiro assassino (a representação recalcada), e não agir como o policial, a que se refere Freud no final do trecho citado, que se contenta

⁸⁵ Birman, Joel. *Op Cit* (1991), p. 33.

ou que só tem condições (obedecendo aos ditames dos mecanismos de defesa que se define pela substituição da representação incompatível pela representação compatível) de pegar um outro em seu lugar, um inocente que não dá conta do crime, mas que pode muito servir de bode espiatório.

BIBLIOGRAFIA

BIRMAN, Joel. **Freud e a Interpretação Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Relume_Dumará, 1991.

CÔRREA, Ivan. **A escrita do sintoma** (Seminários realizados em João Pessoa/PB em 13 de abril de 1996). Centro de Estudos Freudianos do Recife.

Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

FÉDIDA, Pierre. **Nome, figura e memória**. A linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1991.

FREUD, Sigmund. **Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GABBI JR., Osmyr. **Freud: Racionalidade, Sentido e referência**. Campinas: CLE-UNICAMP, 1995.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Introdução à metapsicologia freudiana (vol II)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LAPLANCHE, J. **A angústia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAPLANCHE, J. & LECLAIRE, S. **O inconsciente: um estudo psicanalítico in O inconsciente: VI Colóquio de Bonneval**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1969.

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J-B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

MANONNI, Maud. **Um saber que não se sabe: a experiência analítica**. Campinas: Papirus, 1989.

MANONNI, Octave. **Freud: el descubrimiento del inconsciente**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.

MASOTTA, Oscar. **O comprovante da falta: lições de introdução à psicanálise**. Campinas: Papirus, 1987.

MEZAN, Renato. **Freud: a trama dos conceitos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MONZANI, Luiz Roberto. **Freud: o movimento de um pensamento**. Campinas: Ed. UNICAMP, 1989.